

В. В. Шевляков

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

**Учебно-методический комплекс
для студентов специальности «Психология»**

3-е издание, переработанное и дополненное

**Минск
Изд-во МИУ
2010**

УДК 159.9
ББК 88.4
Ш 37

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

И.С. Асаенок, доктор медицинских наук, профессор;
И.Г. Шупейко, кандидат психологических наук, доцент;
М.Н. Мисюк, кандидат медицинских наук

Рекомендован к изданию кафедрой юридической психологии МИУ

Шевляков, В.В.

Ш 37 Медицинская психология: учеб.-метод. комплекс / В.В. Шевляков;
Минский институт управления. – 3-е изд., перераб. и доп. – Минск:
Изд-во МИУ, 2010. – 336 с.

ISBN 978-985-490-673-7.

Учебно-методический комплекс содержит основные положения дисциплины «Медицинская психология», методические указания по выполнению контролируемых самостоятельных работ, тестовые вопросы для контроля знаний по дисциплине, список рекомендуемой литературы.

Предназначен для студентов дневного и заочного обучения специальности «Психология».

ISBN 978-985-490-673-7

УДК 159.9
ББК 88.4

© В.В. Шевляков, 2005
© В.В. Шевляков, 2010
© Оформление. МИУ, 2010

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие сведения	5
1.1. Вводные замечания.....	5
1.2. Цель и задачи дисциплины.....	5
1.3. Связь с другими учебными предметами.....	6
1.4. Учебный план дисциплины.....	6
2. Основное содержание дисциплины	10
3. Курс лекций	18
Тема 1. Медицинская психология: предмет и задачи.....	18
Тема 2. Методы исследования в медицинской психологии, их значение в психодиагностике.....	23
Тема 3. Основы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии.....	29
Тема 4. Медико-психологическая помощь, формы организации работы медицинского психолога. Этико-деонтологические принципы общения с пациентом и в коллективе.....	34
Тема 5. Трудовая, военная, медико-педагогическая и судебная психологические экспертизы.....	41
Тема 6. Психологические закономерности в диагностике, лечении и профилактике заболеваний.....	47
Тема 7. Основы социопсихосоматики, сомато- и психогении.....	52
Тема 8. Основные положения методологии диагностического процесса в патопсихологии и психопатологии.....	58
Тема 9. Патопсихологические симптомы и синдромы нарушения сознания и чувственного познания.....	66
Тема 10. Патопсихологические симптомы и синдромы рационального познания.....	76
Тема 11. Симптомы и виды патологии памяти.....	81
Тема 12. Нарушения эмоционально-волевой сферы в клинике.....	86
Тема 13. Шизофрения: нарушения мышления, эмоций, мотивов личности, психотерапия.....	97
Тема 14. Нарушения познавательной сферы при аффективных расстройствах – депрессивные синдромы.....	103
Тема 15. Нарушения психической деятельности при маниакальных и смешанных аффективных состояниях.....	108
Тема 16. Тревожные расстройства.....	114
Тема 17. Адаптационно-стрессовые расстройства.....	123
Тема 18. Суицид – подходы и принципы психокоррекции.....	129
Тема 19. Деменции. Нарушения психической деятельности при болезни Альцгеймера.....	135

Тема 20. Психоорганические расстройства – сравнительный анализ.....	140
Тема 21. Негативные патопсихологические синдромы – психические дефекты.....	147
Тема 22. Патопсихологические синдромы после черепно-мозговых травм.....	152
Тема 23. Эпилепсия – генерализованные и парциальные пароксизмы, нарушения мышления, памяти и личности.....	158
Тема 24. Расстройства личности – психопатии.....	163
Тема 25. Астено-невротические состояния, их формы и проявления в патопсихологическом исследовании.....	172
Тема 26. Психические и поведенческие расстройства, связанные с физиологическими и соматическими нарушениями.....	178
Тема 27. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, табакокурение).....	189
а) Общие этиопатогенетические механизмы и критерии наркотизации ПАВ.....	189
б) Особенности наркотических расстройств в зависимости от вида ПАВ.....	199
Тема 28. Мозг и психика: принципы системной динамической локализации высших психических функций. Психомоторная регуляция.....	206
Тема 29. Нейропсихологическая диагностика у больных с локальными поражениями головного мозга – синдромный анализ.....	211
Методические указания по подготовке контролируемых самостоятельных работ по дисциплине «Медицинская психология».....	224
Литература.....	229
Тестовые вопросы для контроля знаний по дисциплине «Медицинская психология».....	231

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1.1. Вводные замечания

Программа дисциплины «Медицинская психология» разработана в соответствии с образовательным стандартом РД РБ 02100.5.055-98 по специальности 1-23 01 04 «Психология», учебным планом, методическими указаниями Министерства образования Республики Беларусь.

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Медицинская психология» включает программу и учебный план дисциплины, учебно-теоретическое содержание в лекциях по 29 темам, методические рекомендации к выполнению контрольных самостоятельных работ, тесты для контроля знаний.

Содержание тематических лекций основывается на материалах современных учебных и научно-методических литературных источников, приведенных в списке рекомендуемой литературы.

1.2. Цель и задачи дисциплины

Цель преподавания дисциплины заключается в освоении студентами основ медицинской психологии и выработке методологических навыков диагностики социопсихосоматических и психопатологических состояний и расстройств, общения и отношений с пациентами, проведения экспертной и психокоррекционной работы.

Задачи изучения дисциплины:

усвоение студентами основ социопсихосоматики, особенностей психогенических и соматогенических нарушений у больных;

усвоение материалов по патопсихологическим и психопатологическим синдромам, характерной симптоматике и диагностике, формам патологии личности, феноменологии вариантов патопсихологических синдромов и психических расстройств, критериям их дифференциальной диагностики;

освоение основных положений, принципов, способов и средств общения с пациентом, психодиагностики, трудовой и судебно-психологической экспертизы, психокоррекционной работы.

В результате изучения дисциплины студенты должны **знать**:

- основы социопсихосоматики и патопсихологии;
- формы, варианты и симптоматику психогенических и соматогенических нарушений, основных психопатологических расстройств;
- методологические особенности диагностики психосоматических и патопсихологических нарушений;
- формы, средства, принципы и методы психокоррекции и экспертизы.

Студенты должны **уметь**:

- применять вербальные и невербальные средства и способы общения с пациентом;

– использовать методы патофизиологического исследования и основные положения методологии диагностического процесса в психопатологии и психосоматической патологии;

– применять принципы организации работы психолога в лечебно-профилактических учреждениях, способы и средства психопрофилактики, психогигиены, психотерапии, психологической экспертизы.

1.3. Связь с другими учебными предметами

Изучение дисциплины основано на использовании знаний из следующих областей: психология (общая, социальная, педагогическая, возрастная, трудовая, юридическая, медицинская), психодиагностика, психиатрия (психопатология), психофизиология, нейропсихология, наркология, судебная медицина, уголовное право и др.

1.4. Учебный план дисциплины

Программа по «Медицинской психологии» рассчитана:

Для дневной формы обучения студентов 4 курса факультета правоведения (7, 8 семестры) на 126 часов учебных занятий, из них: 76 ч – лекционные и 50 ч – практические. Формой контроля по дисциплине являются зачет в 7 семестре и экзамен в 8 семестре.

План-график дисциплины по семестрам (дневное обучение)

Семестр	Число недель	Количество часов						
		Общее кол-во часов	КСР			Самост. работа		
			лк	пз	лб			
7	18	36	18		6	4		36
8	18	40	32		8	6		48
Всего		76	50		14	10		84

Для заочной формы обучения для студентов 3 и 4 курсов факультета правоведения (6, 7, 8 семестры) на 28 часов учебных занятий, из них: 20 ч – лекционные и 8 ч – практические. Формой контроля по дисциплине являются зачет в 7 семестре и экзамен в 8 семестре.

План-график по дисциплине по семестрам (заочное обучение)

Семестр	Число недель заоч.-экз. сессии	Количество часов		
		лекции	Практические	Самост. работа
6-установочная сессия		4	-	18
7	3	8	4	33
8	3	8	4	33
Всего		20	8	84

Учебный план по дисциплине

№ п/п	Наименование разделов (тем)	Объем в часах					
		Дневное				Заочное	
		аудиторные		КСР			
		лк	пр.	лк	пр.	лк	пр.
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Медицинской психология: предмет и задачи	2					
2.	Методы исследования в медицинской психологии, их значение в психодиагностике	2				2	
3.	Основы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии	2	2		2		
4.	Медико-психологическая помощь, формы организации работы медицинского психолога. Этико-деонтологические принципы общения с пациентами и коллективом	2				2	
5.	Трудовая, военная, медико-педагогическая и судебно-психологическая экспертизы	2	2		2		

6.	Психологические закономерности в диагностике, лечении и профилактике заболеваний	2				2	
7.	Основы социопсихосоматики. Сомато- и психогении	2	2	2			
8.	Основные положения методологии диагностического процесса в клинической психологии	4	2			2	
9.	Патопсихологические симптомы чувственного познания. Нарушения сознания	4	2				
10.	Патопсихологические симптомы рационального познания. Нарушения мышления	4	2				2
11.	Симптомы и виды патологии памяти	2	2			2	
12.	Нарушения эмоционально-волевой сферы в клинике	4	2				
13.	Шизофрения – нарушения мышления, эмоций, мотивов и личности. Психотерапия больных шизофренией	2	2	2			
14.	Нарушения познавательной сферы при аффективных расстройствах – депрессивные синдромы	2		2		2	2
15.	Нарушения психической деятельности при маниакальных и смешанных аффективных состояниях	2	2				
16.	Тревожные расстройства	4	2				
17.	Адаптационно-стрессовые расстройства	2	2			2	2
18.	Суицид – походы и принципы психопрофилактики	2	2				

19.	Деменции. Нарушения психической деятельности при болезни Альцгеймера	2	2	2		2	
20.	Психоорганические расстройства – сравнительный анализ	2	2		2		
21.	Негативные патопсихологические синдромы – психические дефекты	2	2	2			
22.	Патопсихологические синдромы после черепно-мозговых травм.	2	2				
23.	Эпилепсия – генерализованные и парциальные параксизмы, нарушения мышления, памяти, личности	2	2		2		
24.	Расстройства личности – психопатии	4	2			2	
25.	Астено-невротические состояния, их виды и проявления в патопсихологическом исследовании	2	2				
26.	Психические и поведенческие расстройства, связанные с физиологическими и соматическими нарушениями	4	2	2			
27.	Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, табакокурение)	4	4	2	2	2	
28.	Мозг и психика: принципы системной динамической локализации высших психических функций	2	2				
29.	Нейропсихологическая диагностика у больных с локальными поражениями головного мозга – синдромный анализ	4	2				
Итого по дисциплине:		заочное				20	8
		дневное	76	50	14	10	

2. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Тема 1. Медицинская психология: предмет и задачи

Предмет изучения медицинской психологии, ее основные разделы, блоки, особенности взаимоотношений с пациентом. Критерии психического здоровья и расстройств. Основные направления и теории медицинской психологии, патопсихологические регистр-синдромы.

Литература: [1] стр. 11-18; [2] стр. 38-39; [6] стр. 20-28; [7] стр. 10-11; [10] стр. 6-10; [11] стр. 9-28, 382-389; [8д] стр. 145-150; [9д] стр. 58-91; [7д] стр. 44-72; [15д] стр. 4 -11; [17д] стр. 6-20; [19] стр. 26-66.

Тема 2. Методы исследования в медицинской психологии, их значение в психодиагностике

Направления лечебно-диагностического блока медицинской психологии. Методы, используемые в психодиагностике. Способы и средства общения с пациентом (вербальная и невербальная коммуникации), их характеристика, критерии эффективности, виды, условия. Патопсихологический эксперимент, этапы и виды. Психологическое тестирование, значение в психодиагностике и психокоррекции.

Литература: [2] стр. 28-37, 43-55; [3] стр. 19-40; [6] стр. 33-35, 103-107; [7] стр. 21-29; [8] стр. 21-49; [9] стр. 37-47; 92-114; [10] стр. 11-15; [11] стр. 123-138; [5д] стр. 111-126; [8д] стр. 176-218, 259-262; [6д] стр. 23-30; [9д] стр. 104-122; [11д] стр. 73-145; [12д] стр. 7-112; [15д] стр. 12-27; [18д] стр. 73-86.

Тема 3. Основы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии

Лечебно-профилактический блок медицинской психологии. Понятия, характеристика видов и направлений психопрофилактики и психогигиены. Психотерапия: положения, принципы и методы.

Литература: [6] стр. 23-26; [7] стр. 30-37; [10] стр. 17-21; [11] стр. 203-242; [6д] стр. 373-379; [8д] стр. 246-255; [9д] стр. 14-25, 472-476; [16д] стр. 213-218, 525-533.

Тема 4. Медико-психологическая помощь, формы организации работы медицинского психолога. Этико-деонтологические принципы общения с пациентом и коллегами

Медико-социальные и эпидемиологические аспекты развития медико-психологической помощи населению. Принципы и нормативная база, структура и формы организации медико-профилактической службы, их характеристика и задачи. Этические принципы общения с пациентом и коллегами, деонтологическая тактика общения с учетом возраста, характера и темперамента.

Литература: [2] стр. 10-12, 40-43; [6] стр. 21-32; [7] стр. 11-18, 35-37; [8] стр. 47-56; [9] стр. 538-547; [10] стр. 22-28; [11] стр. 181-202; [5д] стр. 30, 48-51; [8д] стр. 151-152, 219-236; [6д] стр. 443-449; [9д] стр. 112-116, 373-376, 496-506; [18д] стр. 7-20.

Тема 5. Трудовая, военная, медико-педагогическая и судебная психологические экспертизы

Общие положения и принципы проведения психологической экспертизы. Медико-социальная (трудовая) психологическая экспертиза: профессия, профессиограмма, медико-психологическая профориентация, профпригодность, профотбор, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных с психическими расстройствами – понятия и характеристика. Особенности военной и медико-педагогической психологической экспертизы (задачи и понятия). Судебно-психологическая (психиатрическая) экспертиза – задачи, организация и проведение освидетельствования и экспертизы, законодательная база, виды экспертиз, примеры.

Литература: [2] стр. 375-391; [6] стр. 22-25; [7] стр. 18-20, 331-348, 366-377; [9] стр. 531-537; [10] стр. 29-34; [2д] стр. 18-49; [6д] стр. 443-452; [8д] стр. 139-144; [10д] стр. 8-14, 165-171.

Тема 6. Психологические закономерности в диагностике, лечении и профилактике заболеваний

Особенности психического состояния больного, внешняя и внутренняя картина болезни, их уровни. Типы адекватного и неадекватного отношения пациента к болезни, несотрудничающие и манипулятивные пациенты, синдром Мюнхаузена, учет их характера в лечении и профилактике патологии. Формы передачи информации (нераскрытие, полное раскрытие, индивидуализированное раскрытие).

Литература: [2] стр. 40-43, 53-54, 329-333; [7] стр. 11-15; [9] стр. 258-560; [10] стр. 35-39; [11] стр. 157-180, 243-248; [5д] стр. 18-30; [8д] стр. 169-178; [19д] стр. 437-448.

Тема 7. Основы социопсихосоматики. Сомато- и психогении

Психосоматическая патология; большая и малая психосоматика. Психо- и соматогении. Особенности психологии пациента в зависимости от формы и течения заболевания. Диагностика и тактика лечения психосоматической патологии.

Литература: [1] стр. 226-233; [2] стр. 120-138, 152-154; [6] стр. 96-101; [7] стр. 285-299; [10] стр. 40-44; [8д] стр. 153-159; [5д] стр. 57-63; [6д] стр. 251-261; [9д] стр. 423-429; [15д] стр. 118-150; [16д] стр. 31-92; [18д] стр. 317-330.

Тема 8. Основные положения методологии диагностического процесса в клинической психологии.

Основные методологические понятия и дефиниции – диагноз, диагностика (этапы), нозологическая форма, феномен болезни, симптомы, синдромы (синдромокинез, синдромотаксис) – виды и уровни, род, типы и периоды заболевания. Психотический и непсихотический уровень психопатологических расстройств (характеристика и синдромы).

Литература: [1] стр. 18-51; [3] стр. 11-15; [5] стр. 31-34; [8] стр. 7-20; [10] стр. 45-52; [6д] стр. 23-42; [7д] стр. 29-32; [12д] стр. 67-124, [10д] стр. 172-182; [18д] стр. 73-86.

Тема 9. Патопсихологические симптомы и синдромы нарушения сознания и чувственного познания

Нарушение сознания: непароксизмальные помрачения (онейроид, делирий, аменция) и выключения (оглушенность, сопор, кома), пароксизмальные помрачения (сумеречные, классические и с автоматизмом) и выключения (большие и малые судорожные припадки). Психология чувственного познания. Варианты и классификация патологии ощущения (изменения порогов чувствительности и сенестопатии), восприятия (виды психосенсорных расстройств и иллюзий), представлений (истинные и ложные галлюцинации, их классификация и характеристика).

Литература: [1] стр. 52-70, 183-216; [2] стр. 48, 51-52; [3] стр. 41-47; 48-63; [6] стр. 207-226, 38-53; [7] стр. 387-411; [10] стр. 53-62; [11] стр. 29-45, 90-96; [3д] стр. 78-87; [6д] стр. 44-47; [16] стр. 250-255; [18д] стр. 54-55, 57-62.

Тема 10. Патопсихологические симптомы рационального познания. Нарушения мышления

Психология мышления. Варианты патологии мышления: расстройства содержания идеи (навязчивые, сверхценные, бредовые, смешанные) и расстройства формы ассоциативного процесса (нарушения темпа, подвижности, целенаправленности, строя речи и т.д.), их характеристики и особенности.

Литература: [1] стр. 82-111; [2] стр. 147-149, 267-268; [3] стр. 101-147; [6] стр. 229-251; [7] стр. 130-134, 384-385; [10] стр. 63-67; [11] стр. 53-66; [3д] стр. 117-121; [6д] стр. 129-132; [18д] стр. 34-44.

Тема 11. Симптомы и виды патологии памяти

Психология памяти. Дисамнезии (гипер-, гипоамнезии и амнезии), их виды по отношению к периоду болезни, функции памяти, динамике, объекту. Парамнезии: виды, характерные особенности.

Литература: [1] стр. 70-82, 209-211; [2] стр. 50-51, 166-169; [3] стр. 73-100; [5] стр. 141-152; [6] стр. 268-286; [7] стр. 47-50, 381-382; [10] стр. 68-72; [11] стр. 48-52; [3д] стр. 142-149; [6д] стр. 59-61; [7д] стр. 98-103; [18д] стр. 44-48.

Тема 12. Нарушения эмоционально-волевой сферы в клинике

Психология и патология эмоций. Продуктивные и негативные эмоциональные расстройства – стезии, тимии и другие варианты, характеристики. Психология воли и варианты патологии: мотивационной компоненты (угнетение, усиление, извращение), интеллектуальной компоненты, реализации волевого усилия.

Литература: [1] стр. 112-140; [2] стр. 48-50, 125-132; [3] стр. 63-78; [6] стр. 142-183; [7] стр. 191-203; [10] стр. 73-84; [11] стр. 67-79; [6д] стр. 223-230; [7д] стр. 192-203; [18д] стр. 48-54.

Тема 13. Шизофрения, нарушения мышления, эмоций, мотивов и личности. Психотерапия

Этиопатогенитические теории шизофрении. Особенности клинических синдромов нарушения мышления, личности, эмоций, критичности. Диагностические критерии «первого и второго ранга», классификация. Типы шизофрении – характеристика и отличия. Особенности психотерапии больных и работы с членами семьи.

Литература: [1] стр. 236-237, 248-250; [2] стр. 249-269; [3] стр. 182-197; [6] стр. 243-265; [7] стр. 106-137; [9] стр. 390-407; [10] стр. 85-89; [11] стр. 396-403; [6д] стр. 111-123; [7д] стр. 133-159; [8] стр. 243-275; [10д] стр. 202-206; [15д] стр. 38-56; [18д] стр. 168-200.

Тема 14. Нарушения познавательной сферы при аффективных расстройствах – депрессивные синдромы

Определение и классификация синдромов аффективных расстройств. Распространенность, этиологические теории депрессии. Типичные и атипичные непсихотические и психотические депрессивные синдромы, варианты депрессивного эпизода, рекуррентные, психопатические и ларвированные депрессии, диагностические критерии. Психотерапия больных с депрессиями.

Литература: [1] стр. 143-150; [2] стр. 76-78, 85-92; [3] стр. 67-78; [6] стр. 183-189; [7] стр. 138-153, 145-153; [8] стр. 276-287; [9] стр. 189-215; [10] стр. 90-94; [11] стр. 67-75; [3д] стр. 133-174, [6д] стр. 141-160; [10д] стр. 207-210; [15д] стр. 57-63; [18д] стр. 67-69, 201-211.

Тема 15. Нарушения психической деятельности при маниакальных и смешанных аффективных состояниях

Понятие, распространенность. Типичные и атипичные варианты непсихотических и психотических маниакальных синдромов, хронические расстройства настроения. Дифференциальная диагностика расстройств настроения, лечения и психопрофилактика и психотерапия.

Литература: [1] стр. 150-154; [2] стр. 78-79, 93-97, 110-112; [3] стр. 117-129; [6] стр. 183-185; [7] стр. 139-145; [8] стр. 276-287; [9] стр. 218-223; [10] стр. 95-100; [3д] стр. 99-111; [6д] стр. 147-155; [10д] стр. 207-210; [15д] стр. 64-69; [18д] стр. 201-211.

Тема 16. Тревожные и связанные со стрессом расстройства

Непатологическая и патологическая тревога, этиология (психосоциальные, биологические, бихевиоральные факторы), классификация, этапы диагностики, принципы дифференциальной диагностики, психотерапии. Формы тревожных расстройств (паническое, генерализованное, смешанное, обсессивно-компульсивное). Формы фобических расстройств.

Литература: [1] стр. 91-93; [2] стр. 123-149; [7] стр. 159-171; [8] стр. 373-396; [9] стр. 122-168; [10] стр. 101-109; [3д] стр. 201-228; [6д] стр. 161-176; [18д] стр. 317-330.

Тема 17. Адаптационно-стрессовые расстройства

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (психосоциальный стресс) – острая реакция на стресс, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностические критерии, психотерапия.

Литература: [2] стр. 149-158; [7] стр. 172-175; [8] стр. 373-381; [9] стр. 218-223; [10] стр. 110-115; [18д] стр. 317-330.

Тема 18. Суицид – подходы и принципы психопрофилактики

Определение, распространенность, причины и факторы риска суицида. Особенности обследования, профилактики и лечения.

Литература: [2] стр. 112-124; [7] стр. 306-311; [9] стр. 228-253; [10] стр. 116-121; [6д] стр. 289-292.

Тема 19. Деменции. Нарушения психической деятельности при болезни Альцгеймера

Деменции пожилого возраста и органических повреждений мозга. Болезнь Альцгеймера – распространенность, этиология и патоморфология, клиника и критерии диагностики, психотерапия.

Литература: [1] стр. 248-250; [2] стр. 62-70; [3] стр. 72-74; [7] стр. 39-42; [8] стр. 316-330; [9] стр. 447-451, 524-525; [10] стр. 122-126; [6д] стр. 47-54; [10д] стр. 199-200; [15д] стр. 80-85; [18д] стр. 250-266.

Тема 20. Психоорганические расстройства – сравнительный анализ

Синдром деменции при атрофических заболеваниях мозга – сосудистая, болезнь Пика, Хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона. Дифференциальная диагностика, особенности психотерапии.

Литература: [1] стр. 248-250; [2] стр. 70-75; [3] стр. 75-79; [8] стр. 316-343; [10] стр. 127-133; [6д] стр. 54-59; [7д] стр. 92-94; [10д] стр. 198-199.

Тема 21. Негативные патопсихологические синдромы – психические дефекты

Врожденные (олигофрения – дебильность, имбецильность, идиотия) и приобретенные (деменция лакунарная и глобарная) варианты психического дефекта, их характеристики, критерии диагностики.

Литература: [1] стр. 245-262; [6] стр. 125-130; [7] стр. 249-258; [8] стр. 362-373; [10] стр. 140-144; [11] стр. 378-381; [6д] стр. 321-331; [10д] стр. 195-197; [15д] стр. 70-79; [18д] стр. 267-276.

Тема 22. Патопсихологические синдромы после черепно-мозговых травм

Посткоммоционный синдром, органическое расстройство личности, психические и непсихические нарушения в острый, подострый и отдаленный периоды, подходы к лечению и профилактике отдаленных последствий.

Литература: [1] стр. 216-219; [2] стр. 232-243; [7] стр. 65-67, 293-295; [8] стр. 344-361; [10] стр. 134-139; [6д] стр. 61-66; [10д] стр. 194-195; [15д] стр. 80-85; [18д] стр. 229-235.

Тема 23. Эпилепсия – генерализованные и парциальные пароксизмы, нарушение мышления памяти и личности.

Эпилепсия и эпилептические припадки – этиология; распространенность, генез. Большой судорожный припадок при генерализованной идиопатической эпилепсии и эпилептических синдромах. Абсансы, простые, сложные и вторичные парциальные припадки, малые судорожные – особенности диагностических патопсихологических симптомов, лечение.

Литература: [7] стр. 274-283; [8] стр. 287-308; [10] стр. 145-149; [11] стр. 404-405; [7д] стр. 172-180; [10д] стр. 191-193; [15д] стр. 85-93; [18д] стр. 212-226.

Тема 24. Расстройства личности – психопатии.

Понятие, этиология, диагностические критерии, клинические формы, типы расстройств личности, особенности психотерапии и психопрофилактики.

Литература: [1] стр. 226-244; [2] стр. 310-324; [3] стр. 153-170; [6] стр. 81-91; [7] стр. 205-232; [8] стр. 373-386; [9] стр. 458-487; [10] стр. 150-158; [11] стр. 97-113; [10д] стр. 186-190; [15д] стр. 94-109; [18д] стр. 304-316.

Тема 25. Астено-невротические состояния – их виды и проявления в патопсихологическом исследовании

Симптомы и формы астенического синдрома и неврозов, их проявления при различных психопатологических и соматопсихических расстройствах.

Литература: [1] стр. 141-143; 228-229; [2] стр. 241-242; [7] стр. 64-65, 372-383; [10] стр. 159-161; [11] стр. 390-393; [16д] стр. 65-68; [17д] стр. 67-117; [18д] стр. 317-330, 56-57.

Тема 26. Психические и поведенческие расстройства, связанные с физиологическими и соматическими нарушениями

Общая характеристика, классификация, этиология, терапия поведенческих расстройств, связанных с приемом пищи (нервные анорексия и булимия, переедание и т.д.), нарушениями сна неорганической природы (инсомния, гиперсомния, расстройства цикла сон-бодрствование, парасомнии, ночные ужасы и кошмары), психосексуальными нарушениями (фригидность, эректильная дисфункция, аноргазмия, вагинизм и диспарейния, другие дисфункции), нарушениями репродуктивной функции женщин.

Литература: [2] стр. 270-308; [7] стр. 191-205; [8] стр. 381-396; [9] стр. 269-305, 354-368; [10] стр. 162-172; [6д] стр. 205-241; [10д] стр. 188-190; [16д] стр. 424-480.

Тема 27. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, табакокурение)

Наркологические симптомы, симптомокомплексы и состояния (острая интоксикация, синдромы зависимости и отмены, амнестический, хронические психозы). Этиология, факторы риска, биопсихосоциальные модели, стадии. Алкогольная зависимость, опиаты, каннабиоиды, психостимуляторы, галлюциногены, табакокурение. Особенности нарушений психики, диагностики, психотерапии.

Литература: [1] стр. 282-305; [2] стр. 182-223; [7] стр. 67-106; [8] стр. 352-361; [9] стр. 315-348; [10] стр. 173-189; [11] стр. 406-410; [1д] стр. 342-349; [4д] стр. 33-41, 81-91; [6д] стр. 75-109; [10д] стр. 212-222; [18д] стр. 277-303.

Тема 28. Мозг и психика: принципы системной динамической локализации высших психических функций

Функциональная асимметрия мозга, функциональная локализация левого и правого полушария головного мозга. Характеристика 3 основных структурно-функциональных блоков в теории мозговой системной динамической локализации психологических функций по А.Р. Лурье.

Литература: [1] стр. 306-324; [6] стр. 153-156; [10] стр. 190-194; [16д] стр. 16-30.

Тема 29. Нейропсихологическая диагностика у больных с локальными поражениями головного мозга – синдромный анализ

Основные понятия синдромного анализа. Классификация корковых нейропсихологических синдромов по функционально-морфологическим (топическим) принципам (передние и задние отделы больших полушарий головного мозга), основные варианты синдромов.

Литература: [1] стр. 323-328; [3] стр. 248-256; [10] стр. 193-207; [7d] стр. 102-112.

3. КУРС ЛЕКЦИЙ

ТЕМА 1. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ

1. *Введение: особенности взаимоотношений с пациентом.*
2. *Предмет медицинской психологии.*
3. *Критерии психического здоровья и расстройства.*
4. *Основные направления и теории медицинской психологии.*
5. *Патопсихологические регистр-синдромы.*

1. Введение: особенности взаимоотношений с пациентом

При общении медработника (медицинский психолог в клинике и лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) выступает в данном профессиональном качестве) с пациентом возникает сложная проблема взаимоотношений двух людей, двух личностей, правильное решение которой определяет эффективность диагностики, лечения и профилактики патологии.

Пациент ждет от медработника помощи, понимания, облегчения страданий, медик изыскивает пути более рационального оказания ее.

При общении с пациентом медработник, психолог и социолог должны знать и учитывать, что различные болезни вызывают те или иные отклонения в психике, что проявляется при общении с пациентом. Надо учитывать и считаться с изменениями психического состояния в зависимости от возраста, пола, характера болезни, от применяемого лечения и коллектива, в котором находился или находится пациент.

Для организации лечения и ухода за пациентом надо учитывать особенности его ощущений и восприятий, представлений и воображения, внимания, эмоций. В психологических особенностях больного нельзя разобраться без знания вопросов общей психологии.

В ряде случаев психические расстройства не укладываются в целостную картину психической болезни, а являются отдельными проявлениями какого-либо иного, например соматического, неврологического, заболевания.

Знание медицинской психологии помогает правильно судить о влиянии соматических болезней на психику пациента и психических расстройств на течение соматических болезней, помогает правильному и профессиональному общению с пациентом, его родственниками, коллегами с целью оказания максимальной лечебной помощи пациенту, ограждению его от неблагоприятных воздействий.

2. Предмет медицинской психологии

В отрасли психологии, наряду с социальной, педагогической, возрастной, юридической и др., выделяют медицинскую.

Предметом изучения медицинской психологии являются патологические психические состояния и процессы, психологические факторы, влияющие на возникновение и протекание болезней, личность пациента в связи с его болезнью или здоровьем и социальной микросредой, личность медицинского работника и система отношений в медицинском учреждении, роль психики в укреплении здоровья и предупреждении заболеваний.

Следовательно, основной задачей медицинской психологии является изучение психики больного в различных условиях.

Общая медицинская психология изучает:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики); психологии медработника, психологии общения медработника и больного, психологический климат отношений.

2. Психосоматические и соматопсихологические взаимоотношения, т.е. психологические факторы, влияющие на болезнь, изменения психических процессов и психологического склада личности под влиянием болезни, влияние психических процессов и особенностей личности на возникновение и протекание болезни.

3. Индивидуальные особенности человека (темперамент, характер, личность) и их изменения в процессе жизни и болезни.

4. Медицинскую деонтологию (врачебный долг, медицинская этика, медицинская тайна).

5. Психигиену и психопрофилактику, т.е. роль психики в укреплении здоровья и предупреждении заболевания.

Частная медицинская психология изучает:

1. Особенности психологии конкретных пациентов при определенных формах болезней.

2. Психологию пациентов при подготовке, проведении диагностических и хирургических вмешательств.

3. Медико-психологические аспекты трудовой, педагогической, военной и судебной экспертизы.

3. Критерии психического здоровья и расстройства

Психическое здоровье – одно из важнейших составляющих общего здоровья.

Критериями психического здоровья (по ВОЗ) являются:

осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях; критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;

способность изменять поведение в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Психическое расстройство определяется как *«болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов»*. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия *психического здоровья*.

4. Основные направления и теории медицинской психологии

Медицинская психология развивалась главным образом в направлении *клинико-описательных и экспериментально-психологических исследований*. Последние выполнялись с учетом взаимосвязи и взаимообусловленности психических процессов в деятельности человека на базе механизмов условных и безусловных рефлексов, т.е. основывались на пато- и нейропсихологических данных исследования.

Одной из наиболее плодотворных теорий медицинской психологии является **теория психологии отношений А.Ф. Лазурского и В.Н. Мясищева**, рассматривающая отношения, формирующиеся в процессе деятельности человека, как характерный структурный компонент личности.

Эта теория послужила фундаментом для разработки ряда психодиагностических и психотерапевтических методик – методов психологического воздействия. Широко используется **теория установки** (грузинский ученый *Д.Н. Узнадзе*) – характерные особенности и динамика установки при неврозах, психических заболеваниях, локальных органических поражениях головного мозга, что имеет важное значение в диагностике и коррекции на уровне бессознательного.

В мире широкое распространение получило *бихевиоральное (поведенческое) направление*, согласно которому болезненное состояние, изменение личности, не обусловленные органическими поражениями головного мозга, рассматриваются как результат недостаточности полезных навыков, извращения

поведения. Отсюда основная задача поведенческой терапии – перевоспитание пациента, размыкание болезненных условных связей и воспитание полезных навыков (Г.И. Азенк, Дж.Б. Уотсон).

Столь же большой известностью пользуются и различные варианты *психоанализа*, рассматривающие психическую деятельность человека в плане постоянной борьбы между сознательным и бессознательным при доминирующем значении последнего (прежде всего, сексуальном инстинкте).

Психоанализ лежит в основе широко распространенных методов психотерапии и психокоррекции – гештальттерапия (убеждение к саморегуляции), психодрама, транзактного анализа и др.

Близкое к психоанализу является такое направление медицинской психологии, как *экзистенциальный анализ* или, иначе, логотерапия (смысловая), построенная на понятии, что человеческое существование (экзистенция) выступает как нерасчлененная целостность субъекта и объекта и проявляется в виде заботы, страха, решимости, совести. На этой основе австрийцем Франклином создан метод парадоксальной интенции, используемый для преодоления различных неврозов.

5. Патопсихологические регистр-синдромы

Для сближения особенностей диагностического мышления клинициста и медицинского психолога на основании результатов клинического наблюдения были выделены следующие основные патопсихологические регистр-синдромы, которыми психолог может оперировать в своих диагностических заключениях:

шизофренический;

аффектно-эндогенный (в клинике ему соответствует маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста);

олигофренический (соответствует в клинике врожденным и приобретенным вариантам психического дефекта);

экзогенно-органический (в клинике – экзогенно-органические варианты поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия ЧМТ, токсикомании и т.д.);

эндогенно-органический (в клинике – истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);

личностно-аномальный (в клинике – акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальными психогенными реакциями);

психогенно-психотический (в клинике – реактивные психозы);

психогенно-невротический (в клинике – неврозы и невротические реакции).

Вопросы для самоконтроля и практических занятий:

1. Какие особенности взаимоотношения медицинского работника (медицинского психолога) с пациентом?
2. Что следует учитывать в психическом состоянии больного для эффективной организации его лечения и ухода?
3. Что позволяют знания медицинской психологии в отношениях с пациентом?
4. Дайте определение предмета изучения медицинской психологии.
5. Какие разделы изучения включает общая медицинская психология?
6. Что изучает частная медицинская психология?
7. Какие критерии определяют психическое здоровье?
8. Дайте определение психического расстройства.
9. В каких основных направлениях развивается медицинская психология?
10. В чем суть теорий психологических отношений и установки?
11. В чем суть поведенческой терапии?
12. В чем особенности психоанализа и основывающихся на нем методов психотерапии и психокоррекции?
13. Какой принцип заложен в направлении экзистенциального анализа и соответствующих методов психотерапии.
14. Назовите основные патопсихологические регистр-синдромы?
15. С какой целью выделены патопсихологические регистр-синдромы?

Литература: [1, с. 11–18]; [2, с. 18–39]; [6, с. 20–28]; [7, с. 10–11]; [8д, с. 145–150]; [9д, с. 58–91].

ТЕМА 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ

1. Главные направления лечебно-диагностического блока медицинской психологии.

2. Основные методы психодиагностики, способы и средства общения при беседе с пациентом.

3. Вербальная коммуникация, критерии, правила, условия.

4. Невербальная коммуникация: виды, характеристика.

5. Экспериментально-психологическое обследование, этапы, виды, требования.

1. Главные направления лечебно-диагностического блока медицинской психологии

Лечебно-диагностический блок включает ряд традиционных направлений психодиагностики:

Патопсихологическая диагностика – одна из важнейших составных частей медицинской психологии. Сводится к определению структуры нарушений познавательных процессов, закономерностей их распада в сопоставлении с нормой в понятиях современной психологии и диагностике особенностей личности, поведения, общения и адаптации к изменяющимся условиям функционирования, защитных приспособительных механизмов личности в связи с психическими расстройствами.

Нейропсихологическая диагностика – заключается в диагностике мозговых механизмов нарушений высших психических функций при локальных поражениях головного мозга в связи с задачами топической диагностики очагов поражения и обоснования восстановительного лечения.

Соматопсихологическая диагностика – исследование и оценка роли психических факторов в возникновении, развитии, лечении и профилактике разнообразных заболеваний внутренних органов и систем организма (соматических заболеваний).

Психофизиологическая диагностика – исследование в психофизиологическом эксперименте особенностей психической деятельности в единстве с их психофизиологическими параметрами.

Социально-психологическая диагностика – исследование влияния на психическую сферу пациентов различных факторов микро- и макросоциального окружения, роли экономических, социально-экономических, экологических и других факторов, являющихся условно патогенными с точки зрения психологической дезадаптации личности.

Медицински направленная профессиональная ориентация – психодиагностика с целью профессиональной ориентации лиц с проблемами со

здоровьем (соматическими и психическими) и здоровых лиц с учетом психического состояния и психологическими особенностями на соответствие требованиям и уровням определенных профессий и специальностей.

2. Основные методы психодиагностики, способы и средства общения при беседе с пациентом

Основными методами, используемыми в патопсиходиагностике являются: беседа с пациентом; метод наблюдения за пациентом; экспериментально-психологический – лабораторный и в естественных условиях (функциональные пробы, тестовая диагностика); анкетирование; интервью; исследование продуктов деятельности пациента (письма, рисунки, дневники, поделки и т.д.).

Одним из ведущих методов психодиагностики является беседа с пациентом, позволяющая установить внутреннюю картину болезни: осознание, представления пациента о своем заболевании, психологическая оценка субъективных проявлений болезни, проявляющиеся через призму личностных характеристик пациента, как врожденных (темперамент, тип высшей нервной деятельности), так и приобретенных (характер, интеллект и др.). Основной задачей данного метода является умелое, конструктивное изучение всех структур внутренней картины болезни. Это выявление комплекса субъективных и некоторых объективных болезненных ощущений, их выраженность и динамику, связь с жизнедеятельностью.

Содержательная сторона общения с пациентом реализуется через способы и средства. Главными средствами являются:

вербальная коммуникация – при помощи речи;
невербальная – при помощи неречевых средств (мимики, жестов, взгляда и т.д.).

3. Вербальная коммуникация, критерии, правила

Речь как средство общения одновременно выступает и как источник информации, и как способ воздействия на собеседника.

Наиболее эффективными и адекватными критериями вербальной передачи информации являются:

критерий простоты, под которой понимают краткость, законченность фраз, содержащих понятные слова, без аббревиатур специальных терминов и определений;

критерий ясности информации, предполагающий, что после получения сообщения пациент может однозначно ответить на вопросы: *что, как, сколько, где, когда, почему?*;

критерий, заслуживающий доверия, предполагает отношение пациента к врачу и отношение к нему других работников, профессионализм медработника, соблюдение конфиденциальности отношений и информации;

критерий уместности сообщения, переданное в удачно выбранное время с учетом индивидуальных особенностей пациента.

К вербальным навыкам общения следует отнести искусство слушать, в котором выделяют:

активное – на первом плане выступает отражение информации и/или отражение чувств говорящего;

пассивное – восприятие информации от пациента с эмоциональным возбуждением и ободрением его «*угу-реакцией*», т.е. высказываниями типа *да-да, угу, ну, конечно, так-так* и т.п., только поддерживающими разговор пациента, но не раздражающими его;

эмпатическое слушание – отражение чувств, т.е. восприятие, испытание чувств и переживаний пациента, передаваемых речью.

Непременным условием, обеспечивающим эффективность взаимоотношений и воздействия слова на пациента, является участливое, доброе отношение медперсонала к пациенту.

Эмпатия – это способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека, точно воспринимать смысловые оттенки его внутреннего мира, сопереживание. Наличие такой аффективной тональности у специалиста в общении с пациентом является основой психотерапевтического воздействия на него.

Слово может иметь огромное психотерапевтическое значение, но может вызвать целый ряд нервно-психических нарушений, возникновение и усугубление протекания соматической патологии, т.е. **ятрогению** – негативное явление, причиной которого оказывается медработник. Причины возникновения ятрогенических расстройств и заболеваний весьма разнообразны.

4. Невербальная коммуникация: виды, характеристика

Невербальная коммуникация – своеобразный язык чувств, тела. Фактически является методом наблюдения за пациентом.

К *неречевым средствам* общения относят следующие виды:

мимику, жесты, пантомимику, моторику всего тела: позы, осанка, поклоны, походка, движение рук, головы и туловища – как внешние проявления человеческих чувств и эмоций (изучается наукой «*кинесика*»);

телесный контакт, прикосновения в ситуации общения: рукопожатие, поцелуй, обнимания, дотрагивания, поглаживания (в медицине – массаж, перкуссия, пальпация, пульсометрия) (которые изучаются наукой «*такесика*»);

расположение людей в пространстве при общении, расстояние до собеседника, угол поворота к нему, персональное пространство, изучается наукой «проксемика».

Особая роль в общении отводится выразительным движениям – мимике, жестам, походке, а также визуальному контакту.

Взгляд – ключевой элемент невербальной коммуникации. Если люди испытывают симпатию и готовы к сотрудничеству, они гораздо чаще встречаются глазами. Расширение зрачков объективно свидетельствует о возбуждении и раздражении, наоборот, суженные – об угнетенном настроении. Движение глаз вправо или влево наблюдается при обдумывании ситуации; широко открытые глаза – признак удивления, волнения; суженные – несут угрозу или несогласие. Части лица, их мимическое выражение отражают основные человеческие эмоции. Изменение состояния мимических мышц свидетельствует об изменениях в психологическом и соматическом статусе пациента.

Поза человека может свидетельствовать о закрытости либо о расположенности его к общению. В диагностике существенное значение имеют типичные вынужденные позы пациентов. *Жесты* при общении также несут много информации. Среди них различают жесты приветствия и прощания, утвердительные и отрицательные, выражающие доверие и недоверие, одобрение и неудовлетворение, растерянность и неискренность и т.д. В диагностическом плане важно учитывать характер жестов – поглаживание больных мест, прикладывание к груди кулака (сжимающий характер боли) или ладони (давящий характер боли) и т.п. при ишемическом состоянии сердца и т.д.

По характеристике *походки* пациента можно судить о возрасте, социальном и психологическом статусе. Нарушение координации движений, в связи с чем они становятся неловкими и несоразмерными, возможно при различных инфекционных заболеваниях, интоксикациях, заболеваниях головного и спинного мозга. Вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата возможна постоянная, периодическая или временная хромота.

5. Экспериментально-психологическое обследование, этапы, виды, требования

Экспериментально-психологическое обследование позволяет получить более подробную и объективизированную информацию о состоянии различных психических сфер и личности пациента, размерах и характере психопатологии, что необходимо для решения диагностических и дифференциально-диагностических вопросов, уточнения глубины поражения индивидуализации и оценки эффективности лечения.

Многочисленные экспериментальные патопсихологические методики в основном многофункциональны, среди которых выделяют *качественные* (выявляющие качественные закономерности психической деятельности),

психометрические (используемые для измерений тех или иных функций), *невербальные* (в виде рисунков, схем, кубиков и т.д.), направленные на исследование той или иной психической функции (внимание, память и т.п.), изучение психофизиологических особенностей пациента и т.д.

Экспериментально-психологическое обследование включает 3 этапа:

сбор данных в соответствии с задачей исследования (с учетом подбора необходимых методик);

обработку и интерпретацию полученных данных;

вынесение диагностического и прогностического заключения.

В каждом случае обычно используют ограниченное число экспериментальных методик (не более 8), объединенных в так называемую батарею методик. Адекватные и необходимые методики подбираются в соответствии с задачами исследования на основе предполагаемого диагноза, полученного в результате беседы с пациентом. Они используются по возрастающей сложности – от простых к сложным.

Основными видами патопсихологических экспериментальных методик являются функциональные пробы и диагностические тесты.

Функциональные пробы позволяют исследовать психическую деятельность человека в специально созданных ситуациях проведения самого исследования в нагрузочных условиях. Причем степень выраженности данной нагрузки можно изменять в зависимости от конкретной задачи. Наиболее известными из этих методик являются методики классификации предметов и/или понятий, их исключения, образования простых и/или сложных аналогий, выделения существенных признаков и т.д.

Другой распространенной вид методик – *тестовая диагностика*, где тестом является стандартизованное, часто ограниченное по времени испытание, предназначенное для установления количественных (и качественных) индивидуально-психологических различий.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Какие направления включает лечебно-диагностический блок медицинской психологии?

2. В чем суть:

а) патопсихологической диагностики?

б) нейропсихологической диагностики?

в) соматопсихологической диагностики?

г) психофизиологической диагностики?

д) социально-психологической диагностики?

е) медицински направленной профессиональной ориентации?

3. Какие основные методы психодиагностики используются в медицинской психологии?

4. В чем состоит основная задача беседы с пациентом?
5. Какие наиболее эффективные вербальные критерии заложены в общении с пациентом?
6. Какие выделяют вербальные навыки общения с пациентом?
7. Что такое эмпатия?
8. В чем суть негативного явления ятрогении?
9. Какие невербальные средства используются при общении с пациентом?
10. Какую роль в диагностике играют средства невербальной коммуникации?
11. Какие задачи решает экспериментально-психологическое обследование?
12. Как подразделяются методики экспериментально-психологического обследования?
13. Какие этапы и условия включает экспериментально-психологическое обследование?
14. В чем суть функциональных проб?
15. Дайте характеристику психодиагностическим тестам.

Литература: [2, с. 28–37, 43–55]; [6, с. 33–35]; [7, с. 21–29]; [8, с. 21–49]; [бд, с. 23–30]; [9д, с. 104–122].

ТЕМА 3. ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

1. *Лечебно-профилактический блок медицинской психологии.*
2. *Психопрофилактика, характеристика ее видов.*
3. *Психогигиена, основные направления.*
4. *Психотерапия, общие положения.*
5. *Направления и методы психотерапии.*

1. Лечебно-профилактический блок медицинской психологии

Важнейшая составляющая медицинской психологии – блок лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Этот блок включает психопрофилактические, психогигиенические, социотерапевтические, психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия.

Психопрофилактика и психогигиена – области, разделы медицинской психологии, задачами которых являются предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчение острых психотравматических реакций.

2. Психопрофилактика, характеристика ее видов

Психопрофилактика – раздел общей профилактики, направленной на предупреждение возникновения нервно-психических расстройств и заболеваний, устранение психогенных факторов в среде человека.

Первичная психопрофилактика включает охрану здоровья будущего поколения, профилактику наследственных заболеваний (медико-генетические консультации), охрану здоровья будущей матери и предупреждение вредных влияний на плод (алкоголизм, курение, нарко- и токсикомания, профессиональные вредности), правильную и квалифицированную организацию родовспоможения, профилактику родовых травм, раннее выявление пороков развития у новорожденных и своевременное лечение их на всех этапах развития.

Первичная психопрофилактика включает диспансеризацию здорового населения, создание здорового психологического климата на производстве, обучение психогигиеническим навыкам в школах, средних и высших учебных заведениях, государственные и социальные программы оздоровления.

Первичная профилактика соматогенных, церебрально-органических и травматических психозов заключается в своевременном и качественном лечении основного заболевания, а профилактика пограничных психических расстройств обеспечивается соблюдением психогигиенических требований, коррекцией межличностных отношений.

Вторичная психопрофилактика направлена на выявление заболеваний на самых ранних этапах, на уровне предпатологии и донологии по характерным компенсаторно-декомпенсаторным функциональным сдвигам. Здесь большую роль играет ранняя диагностика, применение эффективных методов и средств лечения, длительная поддерживающая терапия, исключающая возможность рецидивов.

Третичная профилактика – это профилактика рецидивов и обострений, потери трудоспособности, инвалидизации при хронических заболеваниях. При этом важную роль играет правильное использование медикаментов, применение лечебной (физкультура, ортопедия) и педагогической коррекции.

3. Психогигиена, основные направления

Психогигиена является отраслью психологии гигиены, изучающей факторы, условия окружающей среды и образ жизни, благотворно или негативно влияющие на психическое развитие и состояние человека, разрабатывающей рекомендации по сохранению и укреплению психического здоровья. То есть между психопрофилактикой и психогигиеной, как и последней с общей гигиеной, существуют неразрывная связь и взаимообусловленность.

В соответствии с этим существует несколько направлений психогигиены, отражающих возрастные аспекты и виды деятельности человека:

- психогигиена семьи и семейного воспитания;
- психогигиена медико-генетических советов и консультаций;
- психогигиена брака и половой жизни;
- психогигиена лиц в кризисные периоды их жизни (пресуицидные ситуации, климактерический период и т.д.);
- психогигиена труда, обучения и воспитания, в том числе медработников;
- психогигиена режима лечебных учреждений;
- психогигиена взаимоотношений врача и пациента;
- психология пациентов, страдающих дефектами органов и систем (слепота, глухота, глухонмота и т.д.);
- медико-психологический аспект трудовой, военной и судебной экспертиз.

4. Психотерапия, общие положения

Психотерапия – наука, изучающая систему лечебного воздействия на психику и через нее на организм пациента. Основная роль в психотерапевтическом воздействии принадлежит слову (вербальная коммуникация), а также невербальным отношениям, манере поведения, внешнему облику медработника, обстановке в целом (тишина, покой, чистота, эстетика, музыка и т.д.).

Психотерапия на современном этапе занимается не только лечением неврозов и пограничных эмоциональных состояний, но и психологической помощью практически здоровым лицам, которые в силу разных причин не могут в стрессовой ситуации справиться с возникшими психологическими трудностями.

Психотерапия включает ряд общих принципов, от выполнения которых зависит эффективность лечения:

1. Создание личностного контакта между пациентом и специалистом, основывающегося на сотрудничестве, доверии, сердечности, участии.
2. Снятие или ослабление эмоциональной напряженности в связи с болезнью, а также отрицательных эмоций.
3. Познавательное обучение пациента, объяснение ему сущности его болезни, слабых и сильных сторон его личности, имеющихся и возможных причин возникновения стресса.
4. Повышение психологической и физической активности пациента.
5. Мобилизация психологических ресурсов на борьбу с болезнью.
6. Убеждение и внушение, направленное на укрепление у пациента веры, оптимизма.
7. Отработка при эмоциональной поддержке психотерапевта более рациональных форм поведения.

5. Направления и методы психотерапии

Индивидуальная психотерапия, основывается на активном, сознательном взаимодействии врача и пациента, их совместном анализе жизни пациента, его интересов, целей, мотивов, установок, причин и механизмов возникновения заболевания путем преодоления имеющихся проблем.

Групповая психотерапия – лечебный метод, систематически применяемый в небольшой группе (5–10 человек), где психотерапевт и участники используют вербальные и невербальные воздействия друг на друга, принимают активное участие в лечебном процессе. Метод основан на том обстоятельстве, что в группе людей со сходными проблемами и заболеваниями обнаруживается склонность к взаимной эмоциональной поддержке, взаимному ободрению и выработке новых форм поведения.

Семейная психотерапия – разновидность групповой, но в основе лежит тот факт, что большинство испытываемых трудностей пациента связано с семьей и взаимодействиями между ее членами. Основано на принципах семейного подхода – проблема одного – всех. Поэтому основывается на изучении и вскрытии внутрисемейных причин возникновения проблем и заболевания, поиске путей улучшения взаимоотношений в семье, ролевого поведения ее членов, создании положительного психоэмоционального климата.

В практике используется целый ряд методов психотерапии, которые чаще всего сочетают.

Косвенная психотерапия подразумевает психотерапевтическое воздействие на больного обстановки лечебного учреждения («терапия средой»), поведения персонала – его внешним видом, манерой общения и с больным и между собой, внимательностью, эрудированностью и профессионализмом.

Прямая (директивная) психотерапия осуществляется путем словесного воздействия и адресуется непосредственно пациенту. Выделяют несколько методик:

Рациональная психотерапия – методика разъясняющей психотерапии. Основная цель – изменить у пациента неправильную (патологическую) оценку своего болезненного состояния. Рациональную психотерапию проводят в форме диалога между медработником и пациентом. Этот метод весьма эффективен при ипохондрических состояниях, фобиях, соматовегетативных нарушениях невротического происхождения и соматических заболеваниях с невротическими нарушениями.

Когнитивно-аналитическая терапия. Данный метод является краткосрочным по времени работы и доступным по форме для многих пациентов, основан на логичном осознании ими своих патологических симптомов.

Классический психоанализ – интенсивный вид психотерапии, разработанный З. Фрейдом. Психоаналитик использует интерпретацию свободной информации пациента, чтобы помочь осознать и разрешить конфликты, которые влияют на его жизнь на подсознательном уровне.

Психоаналитическая психотерапия, основана на тех же принципах и методах, что и классический психоанализ, но имеет менее интенсивный характер. Существует два вида такой терапии: ориентированная на адекватную самооценку (экспрессивная психотерапия) и поддерживающая психотерапия (психотерапия отношений). Пациенты посещают врача 1–2 раза в неделю и сидят лицом к психоаналитику. Цель психоаналитической психотерапии – решение бессознательного психологического конфликта и обращение особого внимания на повседневную реальность и в меньшей – на развитие переносимых отношений (т.н. «трансфер»). Такой метод применим для лечения пациентов с более широким спектром симптоматических и характерологических проблем, страдающих расстройствами личности.

Функциональная (поведенческая) тренировка, ставит своей целью постепенное преодоление психогенно возникающих психопатологических нарушений и формирование нового здорового стереотипа поведения.

Внушение (суггестивная психотерапия) в состоянии бодрствования, относится к методам психотерапии с выраженным волевым влиянием психотерапевта не столько на логическую, сколько на эмоциональную сферу пациента, и тем результативнее, чем выше его внушаемость и подчиненность. Метод особенно эффективен у детей, у взрослых – при истерической, фобической и неврастенической симптоматике.

Внушение в состоянии гипноза – суггестивно-гипнотическая психотерапия – повышение действенности лечебного внушения у пациента, погруженного в гипнотическое состояние.

Аутогенная тренировка – обучение больного методу самовнушения, в котором средством повышения внушаемости служит предварительное достижение мышечной релаксации и самоуспокоения. Аутотренинг хорошо помогает ослаблению или устранению тревоги, эмоциональной напряженности.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Что включает лечебно-профилактический блок медицинской психологии?
2. Какие задачи решают психопрофилактика и психогигиена?
3. Дайте понятие о психопрофилактике.
4. Что включает первичная психопрофилактика?
5. На что направлена вторичная психопрофилактика?
6. Какие вопросы решает третичная психопрофилактика?
7. Что изучает психогигиена?
8. Какие существуют направления психогигиены?
9. Дайте понятие психотерапии.
10. Какие общие принципы включает психотерапия?
11. На чем основана индивидуальная психотерапия?
12. В чем суть групповой психотерапии?
13. Какие принципы заложены в семейной психотерапии?
14. Что подразумевает косвенная психотерапия?
15. Какие методики входят в прямую (директивную) психотерапию?
16. Какова суть и при каких формах психических расстройств эффективна методика рациональной терапии?
17. На чем основана методика когнитивно-аналитической терапии?
18. Какие принципы заложены в классическом психоанализе и психоаналитической терапии?
19. Какая цель ставится перед методикой функциональной (поведенческой) тренировки?
20. Дайте характеристику методикам суггестивной и суггестивно-гипнотической психотерапии.
21. В чем сущность и эффективность методики аутогенной тренировки?

Литература: [6, с. 23–26]; [7, с. 30–37]; [6д, с. 373–379]; [8д, с. 246–255]; [9д, с. 14–25, 472–476].

ТЕМА 4. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ, ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА. ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ И В КОЛЛЕКТИВЕ

1. Медико-социальные и эпидемиологические предпосылки развития медико-психологической помощи населению.

2. Основные аспекты, задачи и принципы организации медико-психологической службы.

3. Формирование и нормативная база медико-психологической помощи.

4. Структура и формы медико-психологической службы, их характеристика и задачи.

5. Этико-деонтологические принципы и положения общения с пациентом и коллегами.

6. Этико-деонтологическая тактика общения с пациентами с учетом возраста, особенности личности и характера.

1. Медико-социальные и эпидемиологические предпосылки развития медико-психологической помощи населению

Распространенность психических и поведенческих расстройств может быть представлена следующим образом:

около 5 % населения страдает хроническими психическими расстройствами и нуждается в постоянном наблюдении и лечении у психиатра;

отчетливые психические расстройства в любой момент времени обнаруживаются у 12–15 % населения;

от 40 до 60 % людей в тот или иной период времени испытывают очевидные психические затруднения, влияющие на соматическое здоровье и социальное функционирование;

психические расстройства выявляются у 25–30 % из числа лиц, обращающихся за помощью в первичные лечебно-профилактические учреждения здравоохранения, и у 20–40 % больных соматических стационаров.

Специфика многих, самых распространенных форм психических нарушений, в особенности депрессивных, тревожных, соматоформных расстройств, зависимости от психоактивных веществ, аномалий личности, легкие формы интеллектуального снижения в старости и т.п., состоит в том, что они часто проявляются соматическими жалобами и симптомами, которые для врача общей практики представляют диагностические неясности и трудности.

Значительное большинство (75–80 %) встречающихся у населения психических расстройств относится к числу относительно легких, непсихотических, при этом поведение и социальные связи, критическое отношение человека практически не изменены, а внешние проявления болезни минимальны и видны только опытному глазу специалиста.

Все эти обстоятельства обуславливают сегодня важность и актуальность развития медико-психологической помощи населению, поскольку медицинский психолог, осуществляющий патопсихологическую диагностику и психокоррекционную работу, занимает связующую нишу между врачом общей практики, психотерапевтом и психиатром, а данная специальность имеет большую перспективу и востребованность.

2. Основные аспекты, задачи и принципы организации медико-психологической службы

Человек страдает от любой болезни физически и духовно. Поэтому деятельность медицинского психолога также имеет три основных аспекта: во-первых, способствовать общему выздоровлению пациента; во-вторых, помочь ему обрести утраченную душевную ясность, адекватное отношение к своей болезни и изменениям, связанным с ней, восстановить эмоциональное равновесие; в третьих, помочь здоровым людям с проблемами.

Исходя из предмета медицинской психологии, основными задачами медико-психологической помощи являются: 1) изучение личности больного, медицинского работника, взаимоотношения больного и медработников на разных этапах их общения; 2) психотерапевтическая и психокоррекционная работа в доклинической стадии заболевания и в случаях намечающейся деформации личности, медицинской и социальной реабилитации пациентов; 3) оценка эффективности лечения и качества ремиссии; 4) определение характера действующих на больного факторов социальной и окружающей среды, медпрепаратов; 5) решение вопросов судебной экспертизы, степени утраты трудоспособности и компенсации возникающих дефектов; 6) консультации «Семья и брак», в наркологических кабинетах и т.д. Это определяет необходимость создания системы медико-психологической консультативной и психотерапевтической помощи.

Основные принципиальные подходы к организации такой помощи следующие:

принцип приближения психологической и психотерапевтической помощи к населению – создание медико-психологических кабинетов в ЛПУ различного профиля, специализированных центрах, многопрофильных больницах;

принцип ступенчатости – создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих медико-психологическую и психотерапевтическую помощь на различных уровнях с определенным ее объемом;

принцип преемственности – взаимной дополняемости подразделений и учреждений на различных уровнях психологической помощи.

3. Формирование и нормативная база медико-психологической помощи

Развитие медико-психологического дела связано с новыми государственными образовательными стандартами высшего профессионального

образования и преподавания медицинской (клинической) психологии для специальностей педагогики и психологии, медицинских специальностей по лечебному делу и педиатрии, выпуска соответствующих специалистов.

Становление медико-психологической службы в республике в последние годы определялось развитием нормативно-законодательной базы: Законы Республики Беларусь «О здравоохранении» (от 1993 г. и изменением к нему в 2002 г.) и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (от 1999 г.). Большое значение сыграли целевые программы и приказы Минздрава. В частности, приказом «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» определены штаты медицинских (клинических) психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе в психиатрических учреждениях (1 должность на 50 коек). Приказом «О психиатрической и психотерапевтической помощи» сформулированы основные требования по развитию медико-психологического дела в других учреждениях (практически в любом специализированном или многопрофильном ЛПУ), содержатся положения о враче-психотерапевте, медицинском психологе, социальном работнике, о психотерапевтическом кабинете и психотерапевтическом отделении, нормативы их оснащения и штаты.

Из этого вытекают структура и формы медико-психологической помощи населению.

4. Структура и формы медико-психологической службы, их характеристика и задачи

В структуре медико-психологической и психотерапевтической помощи населению основными формами являются:

- самостоятельные медицинские психологи в структуре различных отделений и учреждений (в том числе негосударственной формы собственности);
- консультативные медико-психологические кабинеты;
- медико-психологические и психотерапевтические отделения в структуре специализированных и многопрофильных больниц;
- медико-психологические и психотерапевтические центры (областные, республиканские);
- кабинеты психологической разгрузки (релаксации);
- кабинет социально-психологической помощи;
- психологические клубы, «клубы бывших пациентов», психологические и психотерапевтические студии;
- телефонное консультирование.

Нормативными документами предусмотрено открытие *психотерапевтических кабинетов*, в штатное расписание которых входит врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог и социальный работник, из

расчета 1 кабинет на 25 тыс. взрослого населения и 1 кабинет на 200 коек в многопрофильных больницах, а также создание психотерапевтических отделений из расчета 1 отделение на 200 тыс. населения. При этом учитывается, что одно экспериментально-психологическое исследование пациента с помощью необходимого набора методик занимает 3–3,5 ч, в течение рабочего дня психолог производит не более 2–3 обследований.

В задачи кабинета в территориальных ЛПУ (поликлиниках) входит: проведение консультативной помощи пациентам по обращаемости и направленным врачами-специалистами и участковыми врачами; отбор больных для психокоррекции и психотерапии в условиях поликлиники; лечение и психопрофилактика пациентов с неосложненными формами неврозов, другими пограничными состояниями, психическими и психосоматическими нарушениями в ходе индивидуализированных комплексных терапевтических и реабилитационных программ; направление больных для лечения в психоневрологический диспансер или другое специализированное учреждение, оказывающее психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Специализированную помощь оказывают медико-психологические и/или психотерапевтические кабинеты на базах профильных ЛПУ. Например, психотерапевтические кабинеты уже действуют в 12 поликлиниках и кардиологическом диспансере г. Минска.

Психотерапевтические отделения создаются в многопрофильных больницах, психотерапевтических центрах, психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах. По своей организации и целям оказания помощи они предназначаются для лечения больных неврозами и другими пограничными состояниями, с нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, с психическими заболеваниями в стадии ремиссии. В Минске действует городской центр пограничных состояний и психотерапии (ул. Менделеева, 4).

Кабинеты психологической разгрузки (релаксации) создаются, как правило, на крупных предприятиях, на которых работающие подвергаются монотонному и напряженному труду (конвейеры) или воздействию вредных производственных факторов.

Кабинеты социально-психологической помощи создаются на базе поликлиник, здравпунктов, общественных организаций. Основная их задача – первичная и вторичная профилактика суицидов у лиц, находящихся в кризисной социально-психологической ситуации. Такие кабинеты функционируют уже в 7 поликлиниках г. Минска.

Телефонное консультирование – в основном это службы, например «Телефон доверия», предназначенные для помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Принципом работы телефонного консультанта является анонимность и конфиденциальность.

5. Этико-деонтологические принципы и положения общения с пациентом и коллегами

В основе этико-деонтологических принципов общения медработников заложены 3 основных требования:

гарантированные международным Биллем о правах человека, конституцией и законами страны права человека, независимо от его пола, возраста, расы, национальности, социального и профессионального статуса;

соблюдение и уважение права человека на получение необходимой и адекватной медико-социальной помощи, в том числе психологической и психиатрической;

соблюдение и уважение права личности (гуманитарное отношение): «не навреди» – основной критерий профессионализма медработника.

Медицинская деонтология – наука о нравственном долге медработника перед больным и здоровым человеком, а точка приложения ее требований – психическая сфера пациента, его внутренний душевный мир.

Из этого вытекают следующие этические принципы общения с пациентами:

уважение к личности пациента;

невозмутимость и беспристрастность;

избегание предубежденности и каких-либо преждевременных оценочных суждений;

доброжелательность, внимательность, терпеливость, такт;

принимать пациента и его проблему такими, какие они есть (с учетом особенностей вида, состояния, поведения, настроения и т.д. пациента);

проявлять чувство эмпатии;

терпимость и отсутствие проявлений неприятия пациента (отвращения, брезгливости при проведении интимных манипуляций);

деликатность, анонимность, гарантированная конфиденциальность получаемой информации;

профессиональная компетентность и осведомленность;

самоконтроль и дисциплина;

повышение авторитета медработника и учреждения.

Кроме того, к этико-деонтологическим принципам следует отнести создание и соблюдение условий, психологически располагающих и положительно настраивающих пациента:

соответствующая обстановка в медучреждении (тишина, покой, чистота, порядок, цветы, эстетика, щадящий режим);

внешний облик медработника (аккуратность, чистая белая спецодежда и т.д.);

манеры поведения (уравновешенность, уважительность, участие и заинтересованность, пунктуальность, правильное использование вербальных и невербальных средств общения и т.д.).

6. Этико-деонтологическая тактика общения с пациентами с учетом возраста, особенности личности и характера

Этико-деонтологическая тактика общения с пациентами должна учитывать их возраст, особенности личности и характер болезни:

детьми – эмоционально теплое отношение, отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведение процедур с уговорами;

подростками – общение с учетом возрастных психологических особенностей (притязание на взрослость, бравада при внутренней ранимости, пренебрежение к болезням, факторам риска и т.д.), опоры на стремление к самостоятельности, взрослению;

взрослыми – познать личность пациента, индивидуальные особенности, отношение к болезни, медперсоналу, позицию взаимодействия его с медработниками и на этой основе ориентироваться на трудовую и социальную реабилитацию, выбор тактики осуществлять в зависимости от внутренней картины болезни, проведение коррекции неадекватных установок, психотерапии тревожно-мнительных пациентов;

пожилыми и стариками – поддержание у пациента собственной значимости и необходимости (особенно для семьи), подчеркнуть уважительное, тактичное, деликатное отношение без фамильярности, приказного тона, нравочений; ориентация на двигательную активность, мотивация на выздоровление.

При общении с пациентами и коллегами следует учитывать их темперамент (холерический, меланхолический, флегматический, сангвинический), а также особенности характера – доминантный, недоминантный, ригидный, экстравертный или интравертный.

Если указанные этические принципы и особенности личности, возраста, характера болезни при размещении пациентов в палаты стационара, посещениях на дому и т.д. будут учтены при общении с пациентом, его родственниками, коллегами, то главная мера создания благоприятного психологического климата, профилактики конфликтных ситуаций, психокорректирующей работы в общей деятельности медицинского психолога и медработника будет обеспечена.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Какова распространенность психических и поведенческих расстройств?
2. Какие особенности диагностики психических нарушений и сомато-психических расстройств обуславливают необходимость развития медико-психологической помощи населению?
3. Какие основные аспекты деятельности медицинского психолога?
4. Какие основные задачи медико-психологической помощи населению?

5. Что является основой подходов к организации медико-психологической помощи?
6. Что способствовало развитию медико-психологического дела в Беларуси?
7. Какие нормативно-законодательные документы явились основой становления медико-психологической службы?
8. Назовите основные формы медико-психологической и психотерапевтической помощи населению.
9. Какой предусмотрен норматив и штатное расписание медико-психологических отделений и кабинетов?
10. Какие задачи решают:
 - а) психотерапевтические кабинеты в лечебно-профилактических учреждениях?
 - б) психотерапевтические отделения в многопрофильных больницах?
 - в) кабинеты социально-психологической помощи?
 - г) кабинеты психологической разгрузки?
 - д) телефонные консультирования?
11. Какие требования заложены в основе этико-деонтологических положений общения с пациентом и коллегами?
12. Дайте понятие о медицинской деонтологии.
13. Назовите этические принципы общения с пациентом.
14. Какие этические принципы обеспечивают психологическое расположение пациентов в медицинских учреждениях?
15. Что следует учитывать в этико-деонтологической тактике общения с пациентами разного возраста?
16. Как при общении с пациентом и коллегами учитывается их характер и темперамент?

Литература: [2, с. 10–12, 40–43]; [6, с. 21–32]; [7, с. 11–18, 35–37]; [8, с. 47–56]; [8д, с. 151–152, 219–236]; [9д, с. 112–116, 373–376, 496–506].

ТЕМА 5. ТРУДОВАЯ, ВОЕННАЯ, МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

- 1. Общие положения и принципы проведения психологической экспертизы.*
- 2. Медико-социальная трудовая психологическая экспертиза (профессиональная пригодность, профориентация, профотбор, экспертиза нетрудоспособности, их характеристика).*
- 3. Военная медико- психологическая экспертиза (задачи, понятия)*
- 4. Медико-педагогическая психологическая экспертиза.*
- 5. Судебно-психологическая (психиатрическая) экспертиза (задачи, законодательная база, организация и проведение, виды экспертизы).*

1. Общие положения и принципы проведения психологической экспертизы

Главными положениями при любом виде психологической экспертизы являются:

- получение соответствующего объективного патопсихологического диагноза;
- установление степени выраженности расстройства;
- течение и перспективы (прогноз) дальнейшего изменения, в том числе и возможность улучшения в оптимальных для каждого пациента условиях;
- целенаправленность экспертизы, максимально возможное соблюдение личностных интересов (прав) пациента, его профессионально-социального статуса.

Общими принципами проведения психологической экспертизы являются: целенаправленность экспертизы (для чего? зачем? почему? в соответствии с направлением или запросом);

объективность в установлении диагноза, показаний и противопоказаний в соответствии с действующими положениями, нормативными документами, Международной классификацией болезней 10-го пересмотра и т.д.;

полнота и компетентность медосвидетельствования, предусматривающего участие в экспертной комиссии необходимых специалистов;

преемственность медосвидетельствования, предусматривающего получение, изучение и анализ дополнительной информации о состоянии здоровья пациента из источников предшествующих медицинских наблюдений (медицинской документации);

синхронность медосмотра и проведение в полном объеме специальных и лабораторных методов исследований (диагностики);

объективность и сохранность записей в меддокументации, правильное оформление заключения комиссии по результатам экспертизы;

гуманное отношение и соблюдение нормативно-законодательных и этико-деонтологических положений.

2. Медико-социальная психологическая экспертиза (профессиональная пригодность, профориентация, профотбор, экспертиза нетрудоспособности, их характеристика)

Медико-социальная (трудовая) психологическая экспертиза базируется на психодиагностике и имеет два основных аспекта: медицински направленную профессиональную ориентацию и экспертизу нетрудоспособности.

Медицински направленная профессиональная ориентация также имеет два направления:

Профессиональную ориентацию формально здоровых лиц (профпригодность), учитывая их потребности в приобретении или смене профессии и уровень профессиональных притязаний в соотношении с актуальным психическим состоянием и психологическими особенностями. Данное направление основывается на познаниях и понятиях психологии труда.

Каждой категории профессий и специальностей соответствует свой тип профессиональной пригодности (профпригодность) – совокупность психических и психофизиологических особенностей личности человека, необходимых и достаточных для достижения им при наличии специальных знаний, умений и навыков общественно приемлемой эффективности в той или иной профессии. В систему профпригодности входят 4 функционально связанные подсистемы: профориентация, профотбор, профподготовка и профадаптация. Понимание профпригодности как соответствия между человеком и профессией ставит в центр личность во всем многообразии свойств и качеств, изучение и развитие как субъекта познания, общения и труда.

На основе профессиограммы (а также психограммы), дающей перечень и описание общетрудовых и специальных знаний, умений, навыков, личностных качеств, необходимых для успешного выполнения определенной профессиональной деятельности, определяется профессиональная пригодность и проводится профотбор. Профессиональная ориентация и профпригодность человека, определяемая на основе психологического тестирования, позволяет наиболее полно раскрыть и использовать его врожденные и приобретенные свойства личности и достичь высокого профессионализма.

Медицинский профотбор, в основе которого заложено патопсихологическое выявление психических синдромов и расстройств, являющихся противопоказанием для приема на работу в профессии, имеющие определенные особенности (точные работы, транспорт, работа на высоте, под водой и т.д.) или характерные вредные и опасные производственные факторы (токсические вещества, шум, вибрация, излучения), которые могут вызвать нарушения здоровья или усугубить течение имеющихся психосоматических расстройств. В зависимости от характера труда в профессии и вида (наименования) вредного и опасного производственного фактора в Постановлении Минздрава РБ № 33 от 2002 г. определены в качестве противопоказаний к приему на работу общие (абсолютные) и соответствующие заболевания и состояния, в том числе психической сферы.

Вторым аспектом трудовой медико-психологической экспертизы является **экспертиза нетрудоспособности** больных с психическими расстройствами, которые осуществляют клиничко-экспертные комиссии и медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК). В данном случае медицинскому психологу в составе комиссий важно не столько обнаружить признаки заболевания, сколько определить их глубину и выраженность, как далеко зашло в своем развитии заболевание и его прогноз, насколько снижена трудоспособность пациента, а также определить, имеются ли в его психике (если да, то какие и в какой мере представленные) сохраненные элементы, которые могли бы быть использованы для стимулирования механизмов выздоровления или компенсации психического дефекта. Это необходимо для решения вопросов о временной нетрудоспособности, ограничения видов работы, инвалидности.

3. Военная медико-психологическая экспертиза (задачи, понятия)

Основная задача практической патопсихологии в случае **проведения военной экспертизы** – получение соответствующего патопсихологического обоснования клинического диагноза с обращением особого внимания на степень выраженности имеющихся клинических проявлений психических расстройств, т.е. определение глубины поражения некоторых составляющих психической деятельности.

При этом в зависимости от диагноза психического расстройства и степеней выраженности нарушения определяются категории годности к военной службе по здоровью (А – годен к военной службе; Б – годен с незначительными ограничениями; В – ограниченно годен; Г – временно не годен; Д – не годен к военной службе) и по определенным категориям граждан: 1 – при первоначальной постановке на военный учет и призыве на воинскую службу; 2 – военнослужащих, проходящих службу по призыву; 3 – военнослужащих, проходящих военную службу по контракту (на профессиональной основе, в том числе при поступлении в кадетские и военно-учебные заведения).

4. Медико-педагогическая психологическая экспертиза

При психолого-медико-педагогической экспертизе, прежде всего, решаются вопросы о том, где следует учиться ребенку – в массовой или коррекционной школе. Помещение ребенка с умственной неполноценностью в массовую школу может привести к невротическим реакциям такого ребенка, видящего свою несостоятельность по сравнению со здоровыми детьми, а с другой стороны, такая ситуация приводит и к нарушению педагогического процесса. Еще более негативные последствия для ребенка, семьи и общества имеет помещение нормального, но педагогически запущенного ученика, неправильно расцененного как умственно неполноценного, в коррекционную школу.

5. Судебно-психологическая (психиатрическая) экспертиза (задачи, законодательная база, организация и проведение, виды экспертизы)

Основными задачами судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) является установление:

мог ли обвиняемый осознать характер или общественную опасность своих действий или бездействий в момент совершения преступления, т.е. определить вменяемость или невменяемость обвиняемого;

способности подэкспертного понимать значения своих действий и поступков либо не понимать этого, т.е. определить дееспособность или недееспособность пациента;

способности свидетелей и потерпевших правильно воспринимать происходящие события и давать о них показания;

возможности осужденного по своему психическому состоянию отбывать назначенное ему наказание и его условий.

СПЭ проводится по постановлению следователя, суда, прокурора, органа дознания. Ходатайствовать о назначении экспертизы могут обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник, обвинитель, истец, ответчик, участвующий в процессе прокурор.

Если речь идет о признании *недееспособности*, то СПЭ проводится обязательно.

СПЭ поручается обычно постоянным судебно-психиатрическим комиссиям (СПК), работающим на базе психиатрических больниц или психоневрологических диспансеров. Состав комиссий – обычно не менее 3 экспертов-психиатров и медпсихолога – утверждается приказом руководителя областного (городского) управления (комитета) здравоохранения. При сложных экспертизах число экспертов комиссии может быть увеличено.

Производство СПЭ включает 5 ее видов.

1. Экспертиза в кабинете следователя, носит характер психиатрического консультирования одним экспертом при однократном освидетельствовании подследственного. Перед экспертом стоят вопросы о психическом состоянии подследственного в настоящий момент, о необходимости проведения амбулаторной или стационарной СПЭ, о возможности проведения следственных действий (допросы, очные ставки и т.п.) в связи с психическим состоянием.

2. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, состоит в однократном (иногда повторном) обследовании подследственного СПК в психоневрологическом диспансере. Задачи:

ответ о психическом здоровье лица, совершившего правонарушение (в состоянии алкогольного опьянения, наличие несомненного, но не резко выраженного психзаболевания и учета в психдиспансере и т.д.), с вынесением заключения о вменяемости;

установление сложности распознавания психического расстройства при наличии синдромов и заключение о необходимости стационарной СПЭ для определения вменяемости или невменяемости;

определение дееспособности лица;

определение психического состояния свидетелей и потерпевших и заключение о возможности ими адекватно воспринимать события и давать по ним показания.

3. Стационарная СПЭ, проводится СПК в психиатрических больницах или психиатрических отделениях больниц по направлению следователя. Направление обвиняемого или подозреваемого, не содержащегося под стражей, возможно только с санкции прокурора.

Стационарную СПЭ проводят при трудностях дифференциальной диагностики нескольких психических синдромов и расстройств, для определения тяжести изменений личности, когда показано длительное клиническое наблюдение и проведение специальных лабораторных и инструментальных исследований, при первых выявленных психических расстройствах при амбулаторной экспертизе. Стационарное обследование не должно превышать 30 суток. В заключении формулируется диагноз, вывод о вменяемости обследуемого или о его невменяемости с указанием одного из четырех признаков критерия невменяемости (психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие, иное болезненное состояние психики), медицинские рекомендации (принудительное содержание в больнице, отсрочка решения приговора после окончания лечения и т.д.).

4. Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании, проводится, когда в ходе процесса впервые возникают сомнения в психической полноценности подсудимого, потерпевшего или свидетеля. В таких ситуациях эксперт обычно рекомендует направить его на стационарное обследование. Экспертов вызывают в суд и в тех случаях, когда идет речь о направлении на принудительное лечение людей, признанных невменяемыми, с определением учреждения и режима лечения.

5. Заочная СПЭ проводится только по материалам дела, если обвиняемого или подозреваемого невозможно обследовать, чаще всего по причине смерти. Анализ меддокументации, материалы дела, характеристики, опрос свидетелей, близких и родственников позволяет эксперту или комиссии составить заключение о психическом состоянии обследуемого в тот или иной период его жизни.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Какие главные положения соблюдаются при проведении психологической экспертизы?
2. Каких общих принципов придерживаются при проведении психологической экспертизы?
3. Какие направления включает медицински направленная профессиональная ориентация?

4. На чем основывается экспертиза профпригодности?
5. Что заложено в основу медико-психологического отбора и какие задачи эта экспертиза решает?
6. Какие задачи решает медико-психологическая экспертиза нетрудоспособности больных с психическими расстройствами?
7. Какую основную задачу решает военная психологическая экспертиза?
8. Какие категории годности к военной службе по здоровью и определенным категориям граждан определяет военно-психологическая экспертиза?
9. В чем суть решаемых психолого-медико-педагогической экспертизой проблем?
10. Какие основные задачи решает судебно-психиатрическая экспертиза?
11. Чем регулируется организация и проведение судебно-психологической экспертизы?
12. Какие задачи решает судебно-психологическая экспертиза в зависимости от вида:
 - а) в кабинете следователя?
 - б) амбулаторная?
 - в) стационарная?
 - г) в судебном заседании?
 - д) заочная?

Литература: [2, с. 375–391]; [6, с. 22–25]; [7, с. 18–20, 331–348, 366–377]; [8, с. 47–56]; [6д, с. 443–449]; [8д, с. 151–152, 219–236]; [9д, с. 112–116, 373–376, 496–506]; [10д, с. 7–14, 165–171].

ТЕМА 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Особенности психического состояния больного, внешняя и внутренняя картина болезни.

2. Характер (типы) адекватного и неадекватного отношения пациента к болезни.

3. Несотрудничающие и манипулятивные пациенты, синдром Мюнхгаузена.

4. Передача негативной информации пациенту, основные принципы.

1. Особенности психического состояния больного, внешняя и внутренняя картина болезни

Под влиянием болезни изменяются все составляющие структуры личности человека: характер и темперамент, способности и потребности, интересы и убеждения, волевые особенности. Больной отличается от здорового человека тем, что у него наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется психическое состояние.

Болезнь меняет восприятие и отношение человека к окружающему миру, к самому себе, создает особое положение среди близких людей и в обществе; переоцениваются жизненные ценности, нарушаются потребности, меняется поведение, привычный уклад жизни, перестройка в значении ощущений.

Для понимания состояния пациента и характера его переживаний необходимо выяснить его внешнюю и внутреннюю картину болезни, отношение к своему заболеванию, к медперсоналу. В клинике любого заболевания отчетливо проявляются две стороны.

Внешняя или объективная картина болезни рассматривается как совокупность клинических данных, полученных при физикальных (аускультация, пальпация, перкуссия и т.д.) и лабораторно-аппаратных обследованиях. Они наглядны, документально фиксируются.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это осознание, целостное представление пациента о своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни.

В структуре ВКБ принято различать несколько уровней:

Чувственный или сенситивный – охватывает весь комплекс субъективных ощущений пациента, вызванных болезнью. Это в основном жалобы – боль, зуд, тошнота, головокружение и т.д., которые составляют так называемый анамнез – залог правильной диагностики болезни.

Эмоциональный – отражает реагирование, переживание пациентом отдельных симптомов или болезни в целом. Оно зависит от остроты, продолжительности и

характера субъективных проявлений – чем острее ощущение болезни, тем ярче будет ее отрицательная эмоциональная окраска. По мере снижения острых проявлений болезни на смену отрицательным эмоциям могут приходиться положительные – улучшение настроения, успокоение и т.д.

Интеллектуальный – включает представление пациента о болезни, основные знания о ее причинах, сущности, тяжести, течении и возможных последствиях. Это зависит от культурного уровня, интеллекта пациента. В осознании своего заболевания больше знают лица с образованием и хронической патологией.

2. Характер (типы) адекватного и неадекватного отношения пациента к болезни

Адекватное отношение к болезни отличается осознанием пациентом своего заболевания и признанием необходимости принятия мер к восстановлению здоровья. Пациент проявляет активное партнерское участие в обсуждении заболевания, проведении диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Различают и несколько типов **неадекватного отношения пациентов к болезни**:

Отрицательное отношение, проявляется в том, что пациент не осознает факта болезни, игнорирует лечебные и оздоровительные рекомендации, не соблюдает предписанный режим, недооценивает факторы риска (курение, алкоголь, излишний вес и др.), не учитывает факта предболезни (склонность к повышению артериального давления, гипер-гликемию и т.д.).

Пренебрежительное отношение пациента к серьезности и тяжести своего заболевания, которое грозит быстрым прогрессированием и развитием необратимых изменений. Пренебрежительное отношение может быть связано и с недостаточной осведомленностью о болезни, низким интеллектуальным уровнем пациента.

Погружение, уход в болезнь или предболезнь (обычно лица с меланхолическим темпераментом) – пациент все свое внимание сосредоточивает на болезненных ощущениях, обращается за помощью к различным специалистам и врачевателям, особенно не веря в благоприятный исход заболевания, проявляет неудовлетворение работой медиков и т.д.

Ипохондрическое отношение – проявляют пациенты с чрезмерным вниманием к своему здоровью, прислушиваются к любому его отклонению, фиксированы на болезненных ощущениях, настаивают на дополнительных исследованиях, которые якобы должны раскрыть существо болезни. Не самокритичны, уговору не поддаются.

Утилитарное отношение к болезни – пациент симулирует несуществующее заболевание или чаще придает ему видимость более острого и тяжелого течения с целью извлечения материальных или моральных выгод (освобождение от армии, работы, смягчение наказания и т.д.).

3. Несотрудничающие и манипулятивные пациенты, синдром Мюнхаузена

Исходя из характеристики пациентов с неадекватным отношением к болезни, существует очень часто встречаемое в медицинской практике явление контакта с не сотрудничающим пациентом. Наиболее частыми формами несотрудничества являются отказ от приема лекарств или прием их по произвольной схеме, несоблюдение диет и предписаний, невыполнение физпроцедур и физических упражнений, нарушения в предписанном врачом стиле жизни.

Причины несотрудничества также условно можно разделить на внешние и внутренние.

Внешние включают бытующие в обществе или социальной группе взгляды и предрассудки по поводу лечения и лекарств, трудности в получении или соблюдении порядка приема лекарств (прием на работе в окружении, сложность схемы приема), недоступность продуктов для диеты и т.д. Внешние признаки могут быть связаны и с поведением врача.

Внутренние отражают особенности поведения и взгляды самого пациента – дисциплинированность, критичность, уровень интеллекта, ответственность, т.е. в определенной мере их отношение к болезни.

Пациент, пытающийся манипулировать врачом в своих интересах, – также достаточно широкое явление. Их цели могут быть различными – получение дефицитных препаратов и направления на госпитализацию при отсутствии показаний, возможных социальных льгот и преимуществ, в том числе привлечение внимания окружающих, улаживание конфликтов. Общим в данном случае является рассматривание пациентом медработника как средства или орудия для достижения своей цели. Данное поведение нередко присуще и пациентам с нарушением личности.

Различны и методы и приемы таких пациентов – попытки диктовать медработнику диагностику, назначения, направления лечебного процесса; обвинения в некорректном и не профессиональном отношении, угрозы обращения в вышестоящие инстанции и т.д.

В отличие от пациентов с утилитарным отношением к болезни существуют лица с *синдромом Мюнхаузена* – симулятивное расстройство, при котором пациент преднамеренно предьявляет жалобы на мнимое соматическое или душевное заболевание, которого в действительности нет. Отличие от симуляции состоит в том, что не прослеживается столь же очевидная связь с внешними стимулами и целями (например, с уклонением от армии или ответственности, получением льгот и т.д.).

При данном психопатологическом синдроме характерна симуляция различной тяжелой патологии: нанесение себе парезов для имитации кровотечений, вызывание рвоты, болей, припадков, искусственное инфицирование ран, повышение температуры и т.д. Нередко такие пациенты подвергаются

неоправданным оперативным вмешательствам, они часто госпитализируются. Мотивы симуляции неясны и психически непонятны как для окружающих, так и для самого больного. Течение данной болезни хроническое, специфического лечения нет.

4. Передача негативной информации пациенту, основные принципы

Страдание, боль, деградация, умирание, смерть – неизбежные атрибуты деятельности медработника. При этом перед ними всегда встает вопрос о необходимости обсуждения с пациентом и его родственниками тяжелой информации. В данном случае формы поведения медработника сводятся к *трем основным*:

Нераскрытие. Обоснованием этой модели являются следующие мотивы:

раскрытие информации о тяжелом диагнозе или прогнозе болезни (опухоли, дегенеративные заболевания, шизофрения и т.п.) вызовет эмоциональную реакцию в виде тревоги, страха и депрессии, что отрицательно повлияет на течение болезни;

пациент не хочет знать правду; решать, что хорошо и что плохо для больного, – исключительное право медработника;

Модель нераскрытия, хотя и может иметь временную целесообразность в отношении некоторых больных, несет в себе много отрицательного, поскольку подрывает отношения медработника и пациента, препятствует участию больного в процессе лечения.

Полное раскрытие. При этой модели каждому пациенту раскрывается вся информация, как только она стала известной. Базируется на следующих предположениях:

каждый пациент имеет право на полную информацию о себе и врач обязан ее представить;

данный подход усиливает доверие между врачом и больным. Но полная передача тяжелой информации может привести не только к эмоциональному дистрессу, но и вызвать отношение к медработнику как «бессердечному, жестокому», что также может привести к срыву нормальных отношений с пациентом.

Индивидуализированное раскрытие. Наиболее адекватная и общепринятая на сегодня модель. Информация раскрывается постепенно и ее количество определяется желанием конкретного пациента. Количество и характер раскрываемой информации определяется в ходе общения медработника с пациентом, увеличиваясь от беседы к беседе, и лишь на определенном этапе подготовленный ранее больной недвусмысленно задает прямой вопрос о прогнозе болезни, сколько времени ему осталось жить и т.д.

В любом случае передавать следует только ту информацию, в правильности которой медработник уверен. В противном случае нужно дать объяснение в ее вероятности и необходимости уточнения при последующем обследовании.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Как изменяется психическое состояние больных?
2. Что включает в себя внешняя картина болезни?
3. Дайте понятие о внутренней картине болезни?
4. Чем характеризуются уровни структуры ВКБ:
 - а) чувственный (сенситивный)?
 - б) эмоциональный?
 - в) интеллектуальный?
5. Какие характерные черты адекватного отношения пациента к болезни?
6. Охарактеризуйте и приведите психологическую тактику медработника к пациентам с неадекватным отношением к болезни:
 - а) отрицательным,
 - б) пренебрежительным,
 - в) погружением, уходом в болезнь,
 - г) ипохондрическим,
 - д) утилитарным.
7. Какие наиболее частые формы не сотрудничающих пациентов?
8. Что определяет внешние причины несотрудничества пациентов?
9. Какие внутренние причины несотрудничества пациентов?
10. Цели и характер манипулирующих пациентов.
11. В чем суть психопатологического синдрома Мюнхаузена и его отличия от манипулирующих пациентов?

Литература: [2, с. 40–43, 53–54, 329–333]; [7, с. 11–15]; [8д, с. 169–178].

ТЕМА 7. ОСНОВЫ СОЦИОПСИХОСОМАТИКИ, СОМАТО - И ПСИХОГЕНИИ

1. *Социопсихосоматика – определение, спектр возможных изменений психики у больных.*

2. *Психосоматическая патология: большая и малая психосоматика, характерные черты эмоционального стресса.*

3. *Психогении.*

4. *Соматогении.*

5. *Особенности психологии пациента в зависимости от формы и течения заболевания.*

6. *Диагностика и тактика лечения соматогений.*

1. Социопсихосоматика – определение, спектр возможных изменений психики у больных

Термин **социопсихосоматика** в переводе означает: «*психо*» – душа; «*сома*» – тело; «*социо*» – общество. Представляет собой направление медицинской психологии, изучающей влияние социально-психологических факторов на возникновение ряда соматических и психических заболеваний.

В настоящее время ухудшение условий жизнедеятельности населения нашей и других стран не только напрямую влияет на его здоровье, но и стимулирует у людей стрессовые реакции, являющиеся пусковым механизмом многих патологических процессов в организме.

Спектр возможных изменений психики у заболевших на социальные факторы чрезвычайно высок: это негативные эмоциональные реакции (тревога, депрессия, страх, раздражительность, агрессия), невротические и астенические состояния, переживания, вызванные последствиями болезни (изменение трудоспособности, семейного положения, нового социального статуса больного человека), перестройка всей личности пациента.

2. Психосоматическая патология: большая и малая психосоматика, характерные черты эмоционального стресса

Психосоматическая патология – своеобразный соматический резонанс психических процессов.

К большой психосоматике относят прежде всего: бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, ИБС, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит, сахарный диабет, тиреотоксикоз.

К малой психосоматике – невроты и реактивные психозы.

Экономическая, социально-политическая нестабильность, лавинообразный поток информации, насыщенность человеческих отношений и т.д.

приводят к психоэмоциональному перенапряжению человека, постоянному или внезапному мини- или генерализованному стрессу на неблагоприятные психосоциальные воздействия разной интенсивности и длительности.

Характерные черты эмоционального стресса: продолжительная, необъяснимая усталость, которая не проходит после отдыха, расстройства пищеварения, боли в спине, бессонница, рассеянность, апатия и т.д.

Отрицательные психоэмоциональные стрессы реализуют свое действие на организм, приводя в одних случаях к развитию таких психосоматических заболеваний, как гипертензия, язвенные болезни, сахарный диабет, бронхиальная астма, тиреотоксикоз; в других – к развитию невротозов, невротоподобных состояний, психических расстройств.

3. Психогении

Отрицательные эмоции не без основания считаются патогенными факторами возникновения различных заболеваний. Угнетенное состояние, тоска, страх, депрессия, горе, тревога и другие отрицательные эмоциональные проявления негативно влияют и на возникновение атеросклероза, гормональную и иммунную системы, что влечет повышение риска заболеваний сердечно-сосудистой системы (стенокардии, инфаркт миокарда, инсульты), злокачественных новообразований, рост простудных и инфекционных болезней.

Психогении – это нарушения, возникающие в организма и в психике под влиянием различных, обычно тяжелых для личности, психологических травм, психоэмоциональных стрессов. Под влиянием психогенных факторов могут происходить следующие нарушения в соматической сфере:

1) со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, рвота, поносы, запоры, анорексия (утрата аппетита);

2) со стороны органов дыхания – одышка, удушье, кашель (пароксизмальной формы), икота;

3) со стороны сердечно-сосудистой системы – повышение АД, тахикардия или брадикардия, боли в сердце, нарушение сердечного ритма, потеря сознания, психогенные обмороки, инфаркты, инсульты;

4) в мочеполовой сфере – задержка и недержание мочи, фригидность у женщин и импотенция у мужчин;

5) сдвиги в гормональной сфере: нарушение менструального цикла у женщин, отсутствие молока у кормящих материй и т.д.

Среди психогений выделяют невроты и психогенные (реактивные) психозы.

Реактивные психозы развиваются обычно при внезапных острых психических травмах, чаще у лиц с неустойчивой психикой или физически ослабленных, у больных с различными психическими расстройствами, у психосоматических личностей.

В зависимости от клинической картины выделяют психогенную депрессию, реактивный параноид, истерические реактивные психозы.

Психогенная депрессия характеризуется подавленностью настроения, слезливостью, нередко отчетливой тоской, тревогой и страхом, двигательной заторможенностью или возбуждением. В сознании больных доминируют мысли, относящиеся к происшедшему несчастью.

Продолжительность психогенной депрессии от 1 до 3 месяцев, а у лиц старше 40 лет – до 4-6 месяцев и более. В начальном периоде нередко наблюдаются суицидальные мысли и попытки.

Реактивный параноид обычно проявляется в форме острого чувственного бреда, сопровождаемого тревогой и двигательным возбуждением. Чаще реактивный бред развивается у подследственных в условиях одиночного заключения. В этих случаях кроме бреда нередко появляются слуховые галлюцинации обвиняющего, угрожающего или защищающего содержания.

Продолжительность – от нескольких недель до нескольких месяцев.

Исторические реактивные психозы проявляются такими формами, как Ганзеровский синдром, псевдодеменция (ложное слабоумие), психогенный ступор.

Ганзеровский синдром характеризуется сумеречным помрачением сознания, при котором больные как бы нарочито дают неправильные ответы на простые вопросы, не понимают значения обыденных предметов.

При псевдодеменции внешний вид больного имеет характерные особенности: глуповатое выражение лица, широко раскрытые глаза, нередко мелкое дрожание конечностей или всего тела. Часто их настроение подавленное. Наряду с неверными ответами на простые вопросы, больные могут давать правильные ответы на сложные вопросы.

При психогенном ступоре больные обездвижены, с обедненной мимикой, отказываются от еды, отрешены от действительности.

4. Соматогении

Также давно известно о влиянии соматических заболеваний на психику. Соматогенное влияние осуществляется посредством интоксикационного воздействия на ЦНС, а психогенное влияние предполагает острую реакцию личности на заболевание и его последствия. Например, клиницисты отмечают, что у людей, склонных к чувству страха, внутренне напряженных, чаще наблюдаются болезни сердца, у склонных к гневу – болезни печени; у лиц со сниженным настроением, апатичных – болезни желудка и кишечника.

Соматогении – это психические нарушения, вызванные соматическими заболеваниями (особенно инфекции, интоксикации, болезни внутренних органов и т.д.). Например:

1) при заболеваниях сердца может наблюдаться состояние страха, тревоги, беспокойства;

- 2) при тиреотоксикозе – страх, вспыльчивость, тревога, плаксивость;
- 3) при раковых заболеваниях – чувство подавленности, угнетенности, безнадежности, беспомощности;
- 4) при инфекционных и аутоиммунных заболеваниях могут быть тяжелые психические расстройства от депрессии до агрессивности, с маниакальными, галлюциногенными и другими синдромами.

5. Особенности психологии пациента в зависимости от формы и течения заболевания

Психология пациентов при острых и хронических заболеваниях с неясным исходом разная и меняется в зависимости от их течения.

Острая болезнь, быстро нарастающая и столь же быстро затихающая, обычно не требует от человека особого напряжения воли для борьбы с ней. Сфера психики не претерпевает резких и долговременных изменений, а если такие изменения и наступают, то в результате воздействия на мозг болезнетворного начала (интоксикации или инфекции). С обратным развитием болезни психическая деятельность пациента приходит в норму. Причем в период выздоровления происходит некоторое психологическое перерождение в результате перестройки сознания человека.

Хронические болезни в большей степени влияют на психику. И чем неожиданнее проявилась тяжелая болезнь, тем сильнее ответ на нее психики заболевшего.

Осознание пациентом болезни еще не означает правильной оценки им своего состояния. Эта оценка часто не соответствует действительности – она часто преувеличена или, наоборот, занижена. Нередко пациенты до самого конца не осознают тяжести своего состояния. Поэтому основной задачей медработников и психологов является в зависимости от тяжести болезни, симптоматики психогенных и/или соматогенных нарушений, личностных свойств пациента найти нужный подход и способы вселить в него надежду на благоприятный исход болезни, поверить в правильность и необходимость лечебного процесса, т.е. мобилизовать больного на борьбу со своей болезнью.

С тяжело и неизлечимо больными пациентами медработники и психологи должны вести себя предельно осторожно и внимательно, соблюдая все этические принципы.

6. Диагностика и тактика лечения соматогений

Выделяют следующие характерные диагностические признаки соматогений:

- наличие соматического заболевания;
- заметная связь во времени между соматическими и психическими нарушениями;

определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств;

возможное, но не обязательное проявление органической психопатологической симптоматики;

психогенная реакция на соматическую болезнь, связанная не только с возникшим ограничением трудовой деятельности, но и с возможными опасными последствиями для жизни.

Диапазон нарушений психики, особенно характерных в настоящее время для соматогений, охватывает практически весь спектр патопсихологии: астенический, неврозоподобный, аффективный и психопатоподобный синдромы, бредовые и тревожные состояния, состояния помрачения сознания и, наконец, органический психосиндром. Наиболее частой формой соматогений являются тревожные состояния и адаптационные расстройства.

Основной принцип лечения соматогений должен быть направлен на соматическую патологию с применением транквилизаторов и седативных препаратов. Главная роль принадлежит психотерапии и простой психологической поддержке. При этом важно помочь пациенту осознать и точно сформулировать его опасения, открыто и подробно проанализировать их, а также рассмотреть и обсудить шаги, которые пациенту следует предпринять для того, чтобы справиться с ситуацией. Хорошие результаты дает групповая психотерапия лиц со сходным характером психической травмы, например готовящихся к инвазивным обследованиям, операциям, гемодиализу и т.д.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие о социопсихосоматике, влиянии условий жизнедеятельности на нарушение психосоматического здоровья человека.
2. Какой спектр возможных изменений психики отмечается на неблагоприятные социально-психологические факторы?
3. Перечислите большую и малую психосоматику.
4. Дайте понятие о стрессе.
5. Какие характерные черты эмоционального стресса?
6. Какие причины стресса?
7. Охарактеризуйте влияние отрицательных психоэмоциональных стрессов на организм человека.
8. Приведите понятие о психогениях, примеры.
9. Какие симптомы нарушений в соматических системах и органах человека вызываются психогенными факторами?
10. Как развиваются реактивные психозы, какие их клинические формы выделяют?
11. Как характеризуется психогенная депрессия?
12. Какие клинические проявления характерны для реактивного параноида?

13. Какие различают формы истерических реактивных психозов и как они проявляются?

14. Что такое соматогении, причины и механизм психических нарушений при соматических заболеваниях?

15. Приведите примеры симптомов психического расстройства при соматогениях.

16. Какие особенности психологии пациента при острых формах соматических заболеваний?

17. Какие особенности психологии больных с хронической патологией, в том числе с тяжелыми формами?

18. Каково осознание и оценка больным своего болезненного состояния?

19. Какова тактика психологического воздействия медработника на больных в зависимости от течения и тяжести заболевания?

20. Приведите диагностические признаки соматогений.

21. Какие основные синдромные формы нарушений психической деятельности отмечаются при соматогениях?

22. Какие основные принципы терапевтического и психотерапевтического лечения соматогений?

Литература: [1, с. 226–233]; [2, с. 120–138, 152–154]; [6, с. 96–101]; [7, с. 285–299]; [6д, с. 251–561]; [8д, с. 153–159]; [9д, с. 423–429].

ТЕМА 8. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПАТОПСИХОЛОГИИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ

1. Патопсихология и психопатология – определения, различия и общность.
2. Основные понятия о диагнозе и диагностике (принципы, этапы, задачи), феномен болезни.
3. Семиотика – позитивные и негативные симптомы, синдром (обязательные, ведущие, дополнительные и факультативные симптомы, синдромокинез, синдромотаксис).
4. Понятия и дефиниции семиологии – род и группы заболеваний по этиологии, вид и тип болезни, течение – непрерывное и приступообразное, их характер.
5. Психотические и непсихотические психические расстройства, их характеристика и синдромы.

1. Патопсихология и психопатология – определения, различия и общность

Патопсихология – одна из самых старых и важнейших составляющих медицинской психологии, сводится к определению структуры нарушений познавательных процессов, закономерностей их распада в сопоставлении с нормой в понятиях современной психологии, диагностике особенностей личности, поведения, общения и адаптации к изменяющимся условиям функционирования, защитных приспособительных механизмов личности в связи с психическими расстройствами.

Основная цель патопсихологии – диагностика изменений психики человека по отношению к норме.

Психопатология – сугубо медицинская наука, один из разделов психиатрии, изучающей признаки психических расстройств в динамике. В отличие от патопсихологии в основном оперирует клиническими понятиями *этиология* (причина возникновения), *патогенез* (механизм возникновения), *симптом*, *синдром* и *диагноз* (нозологической формы психического расстройства, ее тяжесть и течение, обоснование патогеничной терапии и т.д.) и использует общепатологические клинические критерии (возникновение и исход болезни).

Общее для них – выявление характерных признаков того или иного нарушения психической сферы (симптоматика), их закономерного сочетания, обусловленного единым патогенезом, т.е. синдромом.

Следовательно, патопсихология является основой диагностического процесса в психопатологии. С учетом этого медицинскому психологу необходимо иметь понятия и дефиниции (определения) методологии диагностики и клиники психических расстройств.

2. Основные понятия о диагнозе и диагностике (принципы, этапы, задачи), феномен болезни

Диагноз – краткое, обобщенное заключение о болезни как таковой. Определение диагноза является задачей процесса диагностики. Главное предназначение – адекватное осуществление медицинской помощи и решение медико-социальных вопросов.

Диагностика – процесс распознавания болезни во всем ее много- и своеобразии с оценкой индивидуальных биологических, психических и социальных особенностей пациента. Диагностика должна быть построена методологически правильно, иметь внутреннюю логику, динамику и соответствовать определенным принципам:

этапность, развернутость во времени;

направленность от частного к общему, от внешнего к внутреннему, от случайного к сущностному, к причинно-следственным отношениям, от познания к практике как единственному критерию истины.

Этапы и задачи диагностики:

Первый этап диагностики – чувственное познание феномена болезни. Его задачи – выявление, выделение и подробное описание разнообразных признаков расстройства, в том числе психического.

На *втором этапе* происходит обобщение клинической информации – клинический анализ. Его задачи – типировать выявленные признаки терминологически, т.е. обозначить их как симптомы, что является предметом семиотики, и систематизировать, объединив симптомы в синдромы, представляющие собой объект синдромологии.

На *третьем этапе* формируется идеальное представление о болезни конкретного человека – диагностическое заключение о нозологической форме. Его задача – построение клинико-динамической модели болезни конкретного больного с формированием представления об особенностях динамики синдромов (синдромогенезе и синдромокинезе), а также о закономерностях взаимосвязи и сменяемости различных синдромальных образований – синдромотаксисе, что на данном этапе должно быть объединено со всей имеющейся информацией.

Реализация требований *первого этапа* осуществляется путем обследования. Обследование позволяет обнаружить, описать отдельные признаки болезни и выявить все их качественные черты.

Признаки бывают *явные* и *скрытые*. При этом явные порой несут гораздо меньшую клиническую информацию и бывают не столь важны, как признаки скрытые. Поиск скрытых признаков с помощью различных методов диагностики – одна из важнейших задач обследования пациента.

Патогенез любого заболевания, в том числе психического, проявляет себя вовне в виде *«картины болезни»*, ее феномена. **Феномен** – реальное клиническое явление, событие, объект и т.д. Как правило, он включает большое

число отдельных признаков. На первом этапе диагностики признаки должны быть не только обнаружены и выделены, но и подробно и тщательно описаны, что крайне важно для результатов последующей диагностики. Первыми в процессе чувственного познания феномена болезни применяются методы: наблюдение, беседа, изучение продуктов творчества больных и пр.

3. Семиотика – позитивные и негативные симптомы, синдром (обязательные, ведущие, дополнительные и факультативные симптомы, синдромокинез, синдромотаксис)

На *втором этапе* диагностического процесса проводится клинический анализ, терминологическое типирование и систематизация симптомов. При этом большое значение приобретает такой важный аспект диагностики, как **семиотика**. Ее предмет – выделение и изучение диагностического значения отдельных признаков и их связи с патологией. Описание и обозначение патологических признаков осуществляется с помощью системы симптомов.

Симптом – абстрактное понятие (результат врачебного суждения или умозаключения), обозначающее строго фиксированное по форме описание признака, соотношенного с определенной патологией. Специфическими для медпсихологии и психиатрии являются патопсихологические симптомы. Они делятся на позитивные и негативные.

Позитивные обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие дезадаптивные признаки) психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение и т.п.).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого, прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъяна, дефекта того или иного психического процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т.п.).

Феномен болезни проявляется не единичным признаком и симптомом, а их набором. Совокупность всех симптомов, выявленных в процессе обследования конкретного больного, образует *симптомокомплекс*. Симптомокомплекс отражает реальную картину болезни на момент обследования и является конкретным проявлением имеющейся у больного совокупной патологии. В нем выделяется ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих синдром.

Синдром – строго формализованное описание закономерного сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами. В структуре психопатологического состояния значимость симптомов различна. Определяющие индивидуальное своеобразие синдрома, они делятся на обязательные (среди них есть ведущие), дополнительные и факультативные.

Ведущие симптомы характеризуют принадлежность данного патопсихологического синдрома к определенной группе. Это симптомы, без которых данный синдром не существует.

Обязательные симптомы, как и ведущие, имеют прямое отношение к патогенетическим механизмам развития болезни и тесно с ними связаны. Они дают возможность выделить из группы синдромов конкретный синдром, диагностировать его типичный вариант и отделить от сходных состояний.

Дополнительные симптомы характеризуют признаки, которые закономерно встречаются в рамках определенного синдрома, но могут и отсутствовать. Они свидетельствуют об определенной тяжести патологического процесса, сопровождающегося появлением данного синдрома, степени его клинической выраженности.

Факультативные симптомы имеют еще меньшую связь с базисным патогенезом. Их появление большей частью зависит от действия привходящих патопластических факторов, модифицирующих структуру синдромов. Они позволяют выделить атипичные варианты последних.

Патопсихологические синдромы – структуры, изменяющиеся во времени, что делает необходимым изучение их синдромакинеза.

Синдромакинез – раздел семиотики, изучающий динамику возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения структурных элементов синдрома (от момента возникновения до полного регресса). Структурно-динамические варианты его отражают определенные варианты патогенеза и косвенно о них свидетельствуют. Синдромы могут развиваться этапно (*непароксизмальные*) и мгновенно (*пароксизмальные*).

На *третьем этапе* диагностического процесса применяется динамический подход к изучению не только возникновения, становления, развития и регресса психопатологических синдромов, но и их взаимосвязи – **синдромотаксиса**. Существуют разнообразные варианты синдромотаксиса. Один из них заключается в усложнении трансформирующихся синдромов. Нередко это проявляется в том, что болезнь начинается простым синдромом, который по мере утяжеления патологического процесса усложняется, превращается в сложный за счет последовательного появления (присоединения) новых ведущих симптомов. Такой синдромотаксис указывает на утяжеление, прогрессирование, прогрессивность болезни.

4. Понятия и дефиниции семиологии – род и группы заболеваний по этиологии, вид и тип болезни, течение – непрерывное и приступообразное, их характер

Завершает процесс диагностики обобщение и сопоставление синдромотаксиса и информации, полученной при исследовании всех иных уровней патологического функционирования организма больного. Этот раздел диагностики является предметом **семиологии** – науки о принципах соотнесения конкретной

клинической картины с определенными нозологическими формами. **Нозологическая форма** – абстрактное обобщенное описание идеальной модели болезни. В психиатрической семиологии целесообразно выделение рода, вида и типа заболевания.

В зависимости от **рода заболевания**, определяемого их этиологической принадлежностью, выделяют следующие группы:

1. Эндогенные – хромосомные, наследственные или с наследственным предрасположением (мультифакториальные) болезни, патогенез которых обусловлен в основном изначально внутренними механизмами, сформированными генетически.

2. Экзогенные, при которых этиологический фактор, действуя из внешней материальной среды, при взаимодействии с организмом вызывает его повреждения, которые и формируют патогенез болезни и ее клинику.

3. Психогенные, при которых этиологическим фактором выступает микросоциальный конфликт, психотравма – взаимодействие личности с неприемлемой для нее ситуацией в системе отношений.

4. Соматогенные (симптоматические), при которых причиной психического расстройства является первично нецеребральное соматическое страдание, изменяющее внутреннюю среду организма.

Вид болезни – отдельная нозологическая форма в пределах того или иного рода заболеваний. Например, видами эндогенных болезней являются шизофрения и маниакально-депрессивный психоз.

Тип заболевания – разновидность конкретной нозологической формы, выделяемая по течению болезни или особенностям структуры ее ведущего синдрома.

В психиатрической практике встречаются два наиболее универсальных типа течения заболеваний – *непрерывное* и *приступообразное*. В свою очередь, первое может иметь регрессирующий, стационарный и прогрессирующий характер. Второе – фазный, рецидивирующий, рекуррентный и приступообразно-прогрессирующий.

При **регрессирующем течении** наблюдается обратное развитие симптоматики, регресс, упрощение, облегчение. В одних случаях отмечается практически полное восстановление психического здоровья и трудоспособности без склонности к возврату болезни. В других случаях регресс симптоматики останавливается, стабилизируется на уровне той или иной остаточной психопатологической симптоматики (ведущей, как правило), носящей в этом случае название *резидуальной*. Резидуальные расстройства обычно в дальнейшем не имеют признаков утяжеления или усложнения.

Стационарное течение отличается стойкостью психопатологической симптоматики, не имеющей фактически никаких динамических тенденций ни в сторону облегчения и регресса, ни в сторону утяжеления и усложнения. Примером стационарного течения служит ряд олигофрений.

При **прогредиентном течении** клиническая картина носит характер неуклонного усложнения продуктивных и утяжеления негативных расстройств. Прогредиентное течение имеют шизофрения, эпилептическая болезнь, пресенильные и сенильные деменции, многие наследственные энзимопатии и пр.

При приступообразном **фазном течении** в «*длиннике*» заболевания сочетаются фазы и интермиссии. *Фаза* – это приступ психического заболевания, структура которого исчерпывается обратимыми полярными аффективными синдромами. *Интермиссия* возникает после выхода больного из фазы и характеризуется практическим возвратом в состояние психического здоровья. Примером фазного течения является маниакально-депрессивный психоз.

Рецидивирующее течение наблюдается в тех случаях, когда на фоне резидуальной симптоматики возникают ее обострения, называемые рецидивом. *Рецидив* проявляется значительным усилением резидуальных (ведущих) симптомов с появлением и присоединением к ним дополнительных и факультативных. Он, как правило, ограничен во времени и завершается возвратом на уровень резидуальных психопатологических расстройств. Пример – рецидивирующей алкогольный слуховой галлюциноз.

Рекуррентное течение характеризуется сочетанием психопатологических приступов с ремиссиями. Приступы могут иметь структуру фазы или шуба. *Шуба* – обратимый приступ психического заболевания, при котором возникают довольно сложные, полиморфные психопатологические синдромы, качественно отличающиеся по структуре от психопатологических ремиссий. *Ремиссия* – межприступное состояние с временной остановкой или снижением активности заболевания при наличии неполного восстановления психического здоровья (выздоровление с психопатологическим «*остатком*»).

Приступообразно-прогредиентное течение определяется в тех случаях, когда основные признаки прогредиентного течения (в ремиссиях) сочетаются с рекуррентным (в приступах).

5. Психотические и непсихотические психические расстройства, их характеристика и синдромы

Все психические расстройства по степени тяжести делятся на психотические и непсихотические.

Психотические расстройства (психозы) характеризуются:

1) грубой дезинтеграцией психики – неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности процессам, явлениям, событиям, ситуациям; наиболее грубой дезинтеграции психической деятельности соответствует ряд симптомов – так называемые формальные признаки психоза: галлюцинации, бред, однако разделение на психотические и непсихотические уровни в большей степени имеет четкую синдромальную ориентацию – параноидный, онейроидный и иные синдромы;

2) исчезновением критики (некритичностью) – невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования особенностей ее развития, в том числе в связи с собственными действиями; больной не осознает свои психические (болезненные) ошибки, склонности, несоответствия;

3) исчезновением способности произвольно руководить собой, своими действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением исходя из личностных реальных потребностей, желаний, мотивов, оценки ситуаций, своей морали, жизненных ценностей, направленности личности; возникает неадекватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также на самого себя.

Непсихотические расстройства характеризуются:

1) адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но часто неадекватной заостренностью по силе и частоте в связи с тем, что резко изменяется чувствительность, реактивность и поводом для реакции становятся незначимые или малозначимые по силе, частоте и т.д. раздражители и ситуации;

2) сохранением критичности (но нередко, однако, утрированной, сенситивно заостренной);

3) ограничением способности регулировать свое поведение в соответствии с законами психологии, общества и природы, ситуационной зависимостью психопатологических проявлений.

К непсихотическим расстройствам относятся:

позитивные синдромы: эмоционально-гиперестетические, аффективные (депрессивные и маниакальные), невротические (навязчивые, истерические, деперсонализационные, сенестопатические, ипохондрические);

негативные синдромы: дебильность, синдромы приобретенного психического дефекта.

К психотическим расстройствам относятся:

позитивные синдромы: психотические варианты маниакальных и депрессивных синдромов, синдромы – паранойяльные и вербальные галлюцинации, кататонические, парафренические (онейроидные), галлюцинозопараноидные (синдром Кандинского), помрачения сознания (делирий, аменция, сумерки), парамнезии, судорожные и психоорганические;

негативные синдромы: имбецильность и идиотия, синдромы психического дефекта при снижении уровня и регресса личности, психический маразм.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте определение патопсихологии и основных целей, ее отличие и общность с психопатологией.

2. Дайте понятие о диагнозе, диагностике и ее принципах.

3. Какие этапы и задачи диагностики?

4. Что такое феномен болезни, клиническое проявление и выявление на первом этапе диагностики?

5. Дайте понятие о семиотике и симптоме, их подразделении на позитивные и негативные.

6. Что представляет собой симптомокомплекс, синдром – значимость в нем отдельных симптомов?

7. Дайте характеристику ведущих и обязательных симптомов в синдромах.

8. Охарактеризуйте дополнительные и факультативные симптомы, их роль в психопатологических синдромах.

9. Что такое синдромокинез и синдромотаксис? Их роль на третьем этапе диагностического процесса.

10. Как подразделяются заболевания по этиологической принадлежности (эндогенные, экзогенные, психогенные, соматогенные, примеры)?

11. Дайте характеристику понятия о виде болезни.

12. Что такое тип заболеваний и какой характер их течения (непрерывные и приступообразные)?

13. Охарактеризуйте типы непрерывного течения заболевания (регрессиентное, резидуальное, стационарное, прогрессиентное).

14. Какие типы и какой характер имеют приступообразные течения болезни (фазное и рецидивирующее)?

15. Охарактеризуйте типы рекуррентного и приступообразно-прогрессиентного течения болезни.

16. Приведите характерные особенности психотических и непсихотических расстройств.

17. Какие позитивные и негативные синдромы определяются при психотических расстройствах?

18. Охарактеризуйте непсихотические расстройства.

19. Какие позитивные и негативные синдромы входят в непсихотические расстройства?

Литература: [1, с. 18–51]; [3, с. 11–15]; [8, с. 7–20]; [6д, с. 23–42]; [7д, с. 29–36]; [10д, с. 172–182].

ТЕМА 9. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ И ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ

1. Сознание. Общие признаки и классификация расстройств сознания, обобщенная характеристика синдромальных групп (непароксизмальные и пароксизмальные помрачения и выключения).

2. Непароксизмальные помрачения сознания: делириозное, онейроидное и аментивное, характеристика и отличия.

3. Непароксизмальные выключения сознания: оглушение, сопор, кома – характеристика, отличия.

4. Пароксизмальные помрачения сознания: сумеречные состояния – классическое, с амбулаторными автоматизмами (фуга, транс, сомнамбулизм), характеристика и отличия.

5. Пароксизмальные выключения сознания: большие (классический и абортивный) и малые (абсанс и миоклонические) судорожные припадки, характеристика и отличия.

6. Варианты патологии ощущения: психическая гиперестезия, гипестезия и анестезия, сенестопатии.

7. Патология восприятия: психосенсорные расстройства (дереализация и деперсонализация), иллюзии – аффективные, вербальные, парейдолические.

8. Патология представлений: галлюцинации истинные и ложные, по органам чувств, содержанию, условиям возникновения.

1. Сознание. Общие признаки и классификация расстройств сознания, обобщенная характеристика синдромальных групп (непароксизмальные и пароксизмальные помрачения и выключения)

Сознание – высший интегративный психический процесс. Оно осуществляет в бодрствующем состоянии познавательное отражение объективного мира (*ориентировка*) и самого себя (*самосознание*), способствует адаптации субъекта в окружающей его природной и социальной среде и позволяет изменять ее в соответствии со своими потребностями. Ясным сознанием считается состояние, в котором субъект способен правильно ориентироваться в собственной личности (аутопсихическая ориентировка), месте, времени, ситуации, окружающих лицах (аллопсихическая ориентировка).

Для всех групп расстройств сознания характерны общие признаки:

1. Больной отрешен от действительности. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой полностью утрачена.

2. Больной дезориентирован в месте, ситуации, времени, окружающих лицах, собственной личности, что выражено в различной степени, т.е. алло- и аутопсихическая дезориентировка.

3. Мышление пациента резко расстраивается, ассоциативный процесс упрощается, затрудняется, речь становится фрагментарной, непоследовательной, достигая у части больных степени инкогеренции (бесвязности).

4. Отмечаются разнообразные конградные нарушения памяти (потеря в памяти событий острого периода болезни).

Классификация расстройств сознания проводится по двум основным клиническим параметрам – структуре и динамике. По динамике выделяют две большие группы патологии сознания – пароксизмально и непароксизмально возникающие, а по структуре – выключения (непсихотические нарушения сознания) и помрачения (психотические нарушения сознания).

Пароксизмальное возникновение нарушений сознания характеризуется отсутствием этапности в их прямом и обратном развитии. Патологическое состояние сразу (в течение секунд, минут, дней), фактически мгновенно, предстает в развернутой форме. Сознание же включается так же мгновенно, как и исчезло.

Непароксизмальное развитие нарушений сознания характеризуется таким динамическим качеством, как этапность в его прямом и обратном развитии. Непароксизмальные расстройства отличаются от пароксизмальных и своей длительностью (часы, дни, месяцы), что может служить дополнительным дифференциально-диагностическим признаком.

Выключения сознания – тотальное нарушение отражательной деятельности, которое заключается в последовательном или одномоментном уменьшении, вплоть до полного исчезновения, объема и глубины всего психического функционирования с переходом уровня отражения от высшего к низшему.

Помрачения сознания – тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания, в его «извращении». В отличие от выключений сознания при помрачении отражение присутствует, но его содержанием является не объективная реальность, а мир болезненных переживаний больного.

2. Непароксизмальные помрачения сознания: делириозное, онейроидное и аментивное, характеристика и отличия

Делириозное (галлюцинаторное) помрачение сознания

Ведущие симптомы – аллопсихическая дезориентировка при сохранении ориентировки в собственной личности и истинные зрительные галлюцинации, подвижные и красочные, часто устрашающие. Больной ориентирован только в собственной личности (сохранение самосознания) при различной степени аллопсихической дезориентации. Делирий возникает обычно в вечерне-ночное время суток.

Обязательные симптомы – эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога, заинтересованность), острый чувственный бред, галлюцинаторно-

бредовый вариант психомоторного возбуждения. При делирии имеет место частичная конградная амнезия реальных событий, тогда как болезненные переживания затем вспоминаются довольно неплохо.

Делирий – одна из наиболее часто встречаемых реакций экзогенного типа. Он может иметь место при интоксикациях лекарственных, промышленных, при алкоголизме, наркомании и токсикомании, при инфекционных и некоторых соматических заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией (распадающиеся ткани злокачественной опухоли, обширные инфаркты, гематомы и т.п.), менингоэнцефалитах и сосудистых поражениях головного мозга.

Онейроидное (сновидное) помрачение сознания

Ведущие симптомы – алло- и аутопсихическая дезориентировка, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, галлюцинации и иллюзии, грандиозный сказочно-фантастический грезоподобный чувственный бред, интенсивные полярные аффективные состояния, кататоническая симптоматика (безучастность или возбуждение), частичная или полная конградная амнезия реальных событий. Онейроидный синдром наиболее характерен для рекуррентной и шубообразной шизофрении, шизоаффективных психолептических и послеродовых психозов.

Аментивное помрачение сознания (аменция) – спутанность сознания, наиболее тяжелое по течению и глубокое непароксизмальное помрачение сознания. Сутью аменции является глубокая тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, что проявляется такими ведущими симптомами, как грубая тотальная (алло- и аутопсихическая) дезориентировка, выраженное нарушение активного внимания с его резкой отвлекаемостью, инкогерентией (бессвязное) мышления, а также психомоторное бесцельное возбуждение. *Обязательные симптомы* – растерянность, недоумение, эмоциональная лабильность с резкой сменой периодов страха, тревоги, печали до экзальтации, эпизоды изменчивых по содержанию зрительных и слуховых галлюцинаций, фрагментарный, с изменчивой фабулой образный чувственный бред. Аменция сопровождается полной конградной амнезией.

Аменция встречается при обострениях затяжных или хронических астенизирующих соматических заболеваний: генерализованном туберкулезе, инфекции гриппа, роже, сепсисе, в остром периоде энцефалитов и т.д.

3. Непароксизмальные выключения сознания: оглушение, сопор, кома – характеристика, отличия

Оглушение – наиболее легкое расстройство этой группы. В качестве ведущих проявлений выступают затруднение, упрощение и значительное уменьшение объема всей психической отражательной деятельности. Ориентировка больных затрудняется и принимает фрагментарный характер. Но важным признаком является то, что, если уж информация проникла в расстроенное сознание,

она воспринимается верно, адекватно. Осмысление происходящего значительно затрудняется. Мышление становится упрощенным, возникают затруднения в подборе и использовании слов, оскудевает словарный запас (лигофразия). Больные как бы дремлют. Для оглушения характерна конградная частичная амнезия многих событий и фактов, имевших место в период оглушения.

Другой легкой степенью оглушения является *обнубиляция*, при которой ведущие и обязательные симптомы выражены в более легкой степени. Это проявляется более полной ориентировкой, остающейся тем не менее элементарной. Осмысление затруднено и замедленно, в первую очередь по отношению к наиболее сложной информации. Больные выглядят тугодумами.

Сомнолентность – наиболее глубокая степень оглушения, стадия, предшествующая переходу его в сопор. Интенсивность симптоматики значительно выражена. Появляются продолжительные периоды полного отсутствия активного отражения объективной действительности и собственного состояния с выраженной адинамией, напоминающей сонливость. Вывести из него больно-го можно, но очень трудно.

Сопор – более глубокая по сравнению с оглушением степень исключения сознания. Ориентировка невозможна вообще, так как полностью исчезают высшие формы отражения – рациональное и чувственное. Уровень и объем отражения снижается до условно-рефлекторного. Следствием этого является сохранение защитных рефлексов – болевого, термического, кашлевого, корнеального, рвотного, глотательного и др. Адинамия достигает степени прострации, полной обездвиженности. По выходе из сопора – полная конградная амнезия.

Кома – наиболее глубокая степень исключения сознания, относимая к экстремальным состояниям. Информация в мозг проникает лишь по каналам interoцепции. Содержанием отражательной деятельности являются витальные функции организма, регулируемые системой безусловных рефлексов, – сердечная и дыхательная деятельность, тонус сосудов, терморегуляции и т.п. Угасают условные рефлексы. Возможно появление патологических.

Непароксизмальные исключения сознания могут возникнуть при интоксикациях соматических, медикаментозных, промышленных, при тяжелых радиационных поражениях, асфиксиях любого происхождения, в острых стадиях менингоэнцефалитов и травм головного мозга, при цереброваскулярных катастрофах.

4. Пароксизмальные помрачения сознания: сумеречные состояния – классическое, с амбулаторными автоматизмами (фуга, транс, сомнамбулизм), характеристика и отличия

Сумеречные состояния сознания. *Ведущими симптомами* являются глубокая алло- и аутопсихическая дезориентировка с фокусированием помраченного сознания на узком круге реальных объектов и лиц, а также гиперкинезия

с автоматизмами. *Дополнительные и факультативные* симптомы – выраженное эмоциональное напряжение (страх, гнев, негодование, ярость), яркие галлюцинаторные и иллюзорные переживания, кратковременный чувственно насыщенный бред, бессвязная речь, галлюцинаторно-бредовое психомоторное возбуждение, имеющее импульсивный характер и, в большинстве случаев, агрессивно-разрушительное содержание. По выходе из данного состояния – полная тотальная конградная амнезия, иногда имеющая ретардированный характер.

По наличию или отсутствию дополнительных и факультативных симптомов выделяют две разновидности сумеречного состояния сознания – классическое и с автоматизмами.

Классическое сумеречное состояние сознания. Наряду с вышеописанными ведущими симптомами существует полный набор факультативных симптомов.

Сумеречное состояние сознания с автоматизмами. Характерной чертой является отсутствие факультативных симптомов – напряженного аффекта, галлюцинаций, бреда, психомоторного возбуждения. Из ведущих симптомов внешне наиболее ярки автоматизмы. Именно по их характеру эти состояния делятся на *три формы*.

Сумеречные состояния сознания с амбулаторными автоматизмами. Эти автоматизмы проявляются бессознательным и бессмысленным многократным повторением одного или нескольких фрагментов сложных двигательных актов.

Транс. Автоматизмы представлены довольно сложными последовательными действиями, которые кажутся правильными, упорядоченными и целенаправленными. Однако по своей сути они бессмысленны, не нужны и не планировались пациентом. Их отдельные фрагменты не разобщены, не хаотичны, а связаны единым содержанием. В основе этих автоматизмов обычно лежит стремление больного к перемещению (в пределах квартиры, города, области, страны). Транс длится часы и даже сутки.

Фуга. Автоматизмы сводятся к чисто моторному акту передвижения, слепого и быстрого стремления вперед. Проявляется внезапно возникающим бесцельным бегом или уходом, не связанным с актуальным предыдущим психическим состоянием. Фуга длится кратковременно.

Все виды пароксизмальных помрачений сознания встречаются при эпилептической болезни, а также при органических заболеваниях и поражениях мозга, протекающих с эпилептическим синдромом.

5. Пароксизмальные выключения сознания: большие (классический и абортивный) и малые (абсанс и миоклонические) судорожные припадки, характеристика и отличия

Большие судорожные припадки. Ведущие симптомы – мгновенное выключение сознания, достигающее степени комы. Припадок полностью амнезируется – полная конградная амнезия. Симптомокомплекс припадка включает

в себя разнообразные вегетовисцеральные расстройства – тахикардию, диспноэ, бледность или цианоз кожных покровов, гипергидроз, саливацию. Большим судорожным припадкам нередко предшествует аура.

В зависимости от характера судорожных проявлений большие судорожные припадки делятся на две формы:

Развернутый (классический) судорожный припадок начинается пронзительным криком и падением больного с мгновенно выключенным сознанием. Одновременно проявляются судороги. Они протекают в две фазы. *Первая* – тоническая (длительность от 30 до 80 с). Во время нее порой происходит прикус языка и слизистой оболочки рта, при этом пенообразная слюна, выступающая на губах, окрашивается алой кровью. Первая фаза закономерно сменяется *второй* – клонической (длительность 2–3 мин). Иногда в клонической фазе происходят непроизвольные мочеиспускание, дефекация.

Абортивный судорожный припадок отличается от развернутого отсутствием одной из фаз – чаще клонической, реже – тонической. Как правило, он не сопровождается непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией, реже отмечаются прикус языка и слизистой оболочки щек.

Малые судорожные припадки. В отличие от больших при них выключение сознания кратковременно (доли секунд – десятки секунд), отсутствует аура, постприпадочное состояние и генерализованные судороги скелетной мускулатуры. Как правило, падения больных не бывает. Встречаются две основные формы данных припадков:

Абсанс (простой малый припадок) характеризуется мгновенным выключением сознания без судорожного компонента и падения больного. Проявляется внезапной, кратковременной остановкой движения, заминкой в разговоре, работе и т.п.

Миоклонические малые припадки отличаются от абсансов появлением мелких, чаще ритмичных судорожных подергиваний отдельных мышечных групп конечностей, лица или симметричных отделов тела (моргания, кивки).

Все виды припадков встречаются при эпилептической болезни, органических заболеваниях головного мозга, протекающих с эпилептическим синдромом.

6. Варианты патологии ощущения: психическая гиперестезия, гипестезия и анестезия, сенестопатии

Патологическое изменение порогов чувствительности

Понижение порогов чувствительности проявляется **психической гиперестезией** – резким усилением восприимчивости при воздействии обычных или даже слабых, нередко индифферентных раздражителей.

Встречается на начальных этапах развития непароксизмальных помрачений сознания, острых психотических состояний (острые галлюциноз, паранойд и др.), при многих невротических синдромах, абстиненции, в состоянии острой интоксикации некоторыми психоактивными веществами.

Повышение порогов чувствительности имеет два варианта:

Психическая гипестезия – значительное снижение восприимчивости к действующим раздражителям. Для больного окружающий мир становится блеклым, теряет яркость, красочность, звуки – отчетливость (доносятся глухо), голоса – индивидуальные особенности (как бы нивелируются), пища – вкус, ароматические вещества – запах, болевая чувствительность падает.

Встречается при оглушенности, ряде депрессивных и субдепрессивных состояниях, истерических феноменах, в структуре развернутой картины онейроида, некоторых вариантах делирия, алкогольном и наркотических опьянениях, в наркотической стадии (стадии сна).

Психическая анестезия – полная нечувствительность одного или нескольких анализаторов при формальной анатомо-физиологической сохранности: психическая *амблиопия* (слепота), *аносмия* (нечувствительность к запахам), *агейзия* (утрата чувства вкуса), глухота, тактильная и болевая *анестезии* (аналгезия).

Встречается при сопоре и коме, истерических невротических синдромах.

Сенестопатии – неопределенные, нередко трудно локализуемые, часто мигрирующие, диффузные, неприятные, беспредметные, крайне тягостные ощущения, проецируемые внутрь телесного «Я».

Сенестопатии встречаются при сенестопатозах, невротических синдромах, ларвированных депрессиях, сенестопатически-ипохондрических, аффективно-бредовых, онейроидных и психоорганическом синдромах.

7. Патология восприятия: психосенсорные расстройства (дереализация и деперсонализация), иллюзии – аффективные, вербальные, парейдолические

Психосенсорные расстройства – искаженное восприятие объектов или их отдельных характеристик (свойств, признаков) с сохранением (идентификацией) узнавания воспринимаемого объекта и критического отношения к ним пациента, субъективно они крайне неприятны. По виду искаженно воспринимаемого объекта выделяют две группы симптомов:

Дереализация – искажение окружающего мира. Если довольно определенные по своему характеру и поддаются описанию, то это *метаморфопсии*. Если объект настолько изменен, что рассказать о нем невозможно, то применяют термин *дисморфопсия*.

Деперсонализация – искаженное восприятие местоположения его частей, их взаимосвязи, веса, объема и т.д. Использование пациентом дополнительных анализаторов купирует указанные симптомы деперсонализации.

Психосенсорные расстройства в основном встречаются при психосенсорных, психоорганических и абстинентных синдромах.

Другая группа патологии восприятия – это **иллюзии** – извращенное (ошибочное) восприятие реального объекта, при котором его идентификация нарушена, вместо реального объекта воспринимается совершенно другой субъективный образ. Иллюзии обычно разделяются по органам чувств.

Различают следующие виды иллюзий:

Аффективные иллюзии возникают при выраженных аффективных состояниях: страхе, тревоге, депрессии, экзальтации, экстазе.

Встречаются на начальных этапах делирия, при острых тревожно-депрессивных синдромах, острых парафренных, параноидных синдромах.

При *вербальных иллюзиях* вместо нейтральной (реальной) речи больной слышит речь иного содержания, адресованную, как правило, к нему (обычно брань, угрозы, осуждение).

Появляются на ранних этапах становления синдромов острого вербального галлюциноза, галлюцинаторно-параноидного.

Парейдолии – это зрительные иллюзии, при которых игра светотени, пятна, морозные узоры, щели, трещины, облака, сплетения ветвей деревьев и т.п. замещаются фантастическими, но реальными образами. Парейдолии возникают вне зависимости от аффекта и воли больного. Если парейдолии теряют характер объективности, реальности для пациента и это сопровождается появлением чувства их сделанности, иллюзорности, бредовым толкованием, то они называются *псевдопарейдолиями*.

Отмечаются во второй стадии делирия, при некоторых состояниях наркотического опьянения (мескалин, марихуана, ЛСД-25); псевдопарейдолии – при онейроидном помрачении сознания, острой парафрении.

8. Патология представлений: галлюцинации истинные и ложные, по органам чувств, содержанию, условиям возникновения

Галлюцинации – чувственно яркие представления, доведенные патологическим процессом до степени ощущения, восприятия, возникающие без реального объекта, «*мнимые восприятия*». Галлюцинации разделяются прежде всего на истинные и ложные (последние описаны *В.Х. Кандинским* в 1890 г.). Для обоих видов галлюцинаций характерно, что они появляются и исчезают помимо воли больного и что проверка (как при некоторых иллюзиях) невозможна.

Истинные галлюцинации отличаются следующими свойствами:

образы четкие, ясные, большей частью имеется субъективная и социальная уверенность в действительном существовании этих образов;

проекция галлюцинаторных образов всегда вовне в реальное пространство; течение острое, непродолжительное, в вечерне-ночное время.

Свойства *ложных галлюцинаций* (псевдогаллюцинаций):

субъективное переживание нереальности галлюцинаторных образов («*псевдообразы*», «*сделанные, подстроенные, не настоящие*», «*мысль*

овеществилась, слышу ее», «представление ожило, стало осязаемым»); уверенность в необычном восприятии несуществующим анализатором;

проекция образов внутрь тела (не всегда);

течение хроническое, затяжное, суточные колебания отсутствуют.

Как истинные, так и ложные галлюцинации разделяются по органам чувств. При *слуховых галлюцинациях* человек может слышать более или менее разборчивые слова (вербальные галлюцинации), значение которых то угрожающее и устрашающее, то характера насмешки, приказаний (императивные галлюцинации) или советов, иногда противоречивых (антагонистические галлюцинации).

Зрительные галлюцинации бывают четкие и аделоморфные (расплывчатые), макро- и микропсихические (лилипутные), перемещающиеся и неподвижные, немые и говорящие. Галлюцинаторные образы различаются по проекции: располагаются вне поля зрения (экстракампинные галлюцинации); некоторые больные видят самих себя (аутоскопические галлюцинации), другие не видят реальных предметов (отрицательные галлюцинации).

Особый вид галлюцинаций – *висцеральные* (гемианоптические); ощущение присутствия инородного предмета или животного в определенном месте тела («*в желудке сидит лягушка, чувствую, как она шевелится и прыгает*»).

Почти все виды галлюцинаций могут быть по условиям возникновения *гипногогическими* (при засыпании в темноте или на темном фоне) или *гипнопомптическими* (при пробуждении), в виде навязчиво повторяющихся или стереотипных образов. Встречаются внушенные (например, *постгипнотические*) и *психогенные* галлюцинации, которые возникают через некоторое время после психической травмы и отражают ее содержание.

Галлюцинации встречаются в структуре всех позитивных патопсихологических синдромов (психотических форм).

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Какие общие признаки и как классифицируются (по структуре и динамике) расстройства сознания?
2. Дайте общую характеристику пароксизмального и непароксизмального развития, выключения и помрачений сознания. Их различия.
3. Чем характеризуются непароксизмальные помрачения сознания, в частности делириозное (галлюцинаторное)?
4. Охарактеризуйте онейроидное (сновидное) помрачение сознания.
5. В чем суть и какие симптомы при аментивном помрачении сознания?
6. Какие симптомы характерны для непароксизмального выключения сознания в форме оглушения в зависимости от степени выраженности?
7. Какие симптомы характеризуют сопор и кому, их различия?

8. Охарактеризуйте сумеречное состояние пароксизмального помрачения сознания, ее классическую форму.

9. Какие симптомы отмечаются при различных формах сумеречного состояния с автоматизмами?

10. Что характерно для пароксизмального выключения сознания в форме больших судорожных припадков?

11. Какой характер разных форм малых судорожных припадков?

12. Какие определяют варианты повышенного изменения чувствительности (психическая гипестезия и анестезия) и какой их характер?

13. Охарактеризуйте симптомы психической гиперестезии и сенестопатии.

14. Что характерно для патологии восприятия в форме психосенсорных расстройств (дереализация и деперсонализация)?

15. Какие симптомы иллюзий и их видов (аффективные, вербальные, зрительные (парейдолии) вы знаете, чем они отличаются?

16. Симптомы галлюцинаций, какие их отличия от иллюзий, свойства истинных галлюцинаций.

17. Какие свойства ложных галлюцинаций?

18. Охарактеризуйте галлюцинации по органам чувств (слуховые, зрительные, висцеральные) и по условиям возникновения (гипногигические, гипнопомпические, постгипнотические).

Литература: [1, с. 52–70, 183–216]; [2, с. 48–52]; [6, с. 207–226, 38–53]; [7, с. 387–411]; [3д, с. 78–87]; [6д, с. 44–47].

ТЕМА 10. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ

1. Классификация вариантов нарушения мышления. Характеристика симптомов навязчивых идей по механизмам возникновения и по сочетанию с патологией других психических процессов.

2. Сверхценные идеи, связанные с биологическими, психологическими и социальными факторами.

3. Варианты бредовых идей по структуре (систематизированный и несистематизированный), содержанию (по самооценке, персекуторный, смешанные) и по связям с другими психическими процессами.

4. Нарушения формы ассоциативного процесса: темпа, подвижности, целенаправленности мышления, грамматического строя речи.

1. Классификация вариантов нарушения мышления. Характеристика симптомов навязчивых идей по механизмам возникновения и по сочетанию с патологией других психических процессов

Основными вариантами патологии мышления по классификации являются:

1. Расстройства содержания идеи (продуктивные симптомы) – характеризуются неадекватным отражением существенных качеств, сторон, отношений и закономерностей объективной реальности в силу болезненного состояния головного мозга. Они делятся на навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

2. Расстройства формы ассоциативного процесса, представленные нарушениями темпа, подвижности, целенаправленности мышления и грамматического строя речи.

Навязчивые идеи (частный вариант навязчивостей). Непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации, что правильно понимается и критически оценивается пациентом, контролирующим свое поведение. Возникновение их не зависит от желания больного и происходит против его воли. Эти мысли носят неотступный характер, от них невозможно произвольно освободиться. Как правило, навязчивости сопровождаются отрицательными эмоциональными переживаниями, душевным дискомфортом.

Навязчивости различаются по механизмам возникновения:

Ситуационные навязчивости появляются без видимой внешней причины, их содержание нередко психологически понятно, конкретно, отражает психотравмирующую ситуацию. Например, канцерофобия, возникающая по механизмам ятрогении.

Аутохтонные навязчивости возникают без видимой внешней причины, их содержание нередко психологически малопривлекательно, оторвано от реальности, абстрактно.

Ситуационные и аутохтонные навязчивости относятся к первичным навязчивостям.

Ритуальные навязчивости появляются вслед за первичными и носят защитный характер, снимая душевный дискомфорт, вызываемый последними. Ритуал, возникающий как защита от первичной навязчивости, называется ритуалом первого порядка. Его содержание обычно связано с содержанием первичной навязчивости. Например, *аблютомания* – навязчивое мытье рук при *мизофобии* – навязчивом страхе заражения.

Навязчивости различаются по содержанию и по сочетанию с патологией других психических процессов:

Идеаторные навязчивости, возникающие только в сфере мышления, Они подразделяются на четыре категории: навязчивые сомнения, абстрактные навязчивые мысли, контрастные мысли, навязчивые воспоминания.

Навязчивости, сочетающиеся с аффективными расстройствами (фобии). Это навязчивые мысли, которые сочетаются с первичным страхом. По содержанию фобии подразделяются на четыре категории: нозофобии – навязчивый страх заболевания с тяжелыми последствиями, страх пространства, социофобии, прочие навязчивые страхи.

Навязчивые волевые расстройства, делятся на две категории:

навязчивые влечения – желание совершать ненужные, порой опасные действия, что сопровождается внутренним дискомфортом. Обычно они не реализуются в двигательные акты, действия.

навязчивые действия – реализованные навязчивые влечения. Часто носят характер ритуальных.

Навязчивости встречаются в рамках обсессивных и фобических синдромов, а также при синдроме ларвированной депрессии.

2. Сверхценные идеи, связанные с биологическими, психологическими и социальными факторами

Сверхценные идеи – продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации и обладающее большим эмоциональным зарядом.

Выделяют три варианта сверхценных идей:

1. Сверхценные идеи, связанные *с переоценкой биологических свойств* своей личности, имеют четыре варианта:

Дисморфофобические сверхценные идеи – убежденность больного в том, что имеющийся у него косметический или физиологический дефект или недостаток настолько выражен, что приводит к уродливости.

Ипохондрические сверхценные идеи характеризуются преувеличением тяжести имеющегося соматического заболевания.

Сверхценные идеи сексуальной неполноценности проявляются убеждением в тяжелых медицинских и социальных последствиях незначительных временных или эпизодических неудач в сексуальной сфере.

Сверхценные идеи самоусовершенствования проявляются преувеличением роли и значимости общеизвестных и спорных взглядов на роль физических упражнений и психологической тренировки для здоровья, формирования личности.

2. Сверхценные идеи, связанные с *переоценкой психологических свойств* личности или ее творчества, делятся на три варианта: *сверхценные идеи изобретательства, реформаторства и талантливости*.

3. Сверхценные идеи, связанные с *переоценкой социальных факторов*, имеют три варианта: *сверхценные идеи виновности, сутяжничества и эротические*.

Сверхценные идеи могут встречаться как самостоятельное психопатологическое расстройство (малый, «*моносимптоматический*» синдром), в форме реакций акцентуированных и психопатических личностей, а также на начальных этапах формирования хронических бредовых синдромов.

3. Варианты бредовых идей по структуре (систематизированный и несистематизированный), содержанию (по самооценке, персекуторный, смешанные) и по связям с другими психическими процессами

Бредовые идеи – продуктивные расстройства, при которых возникают непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию больного в биологической и социальной среде. Бред является формальным признаком психоза.

Входит в структуру большинства психотических синдромов.

Классификация бреда проводится по двум основным параметрам: структуре и содержанию.

Систематизированный бред характеризуется наличием логической структуры и системы доказательств. Такой бред называют интерпретативным, первичным бредом. Развитие его обычно медленное, хроническое.

Входит в структуру хронических бредовых синдромов.

Несистематизированный бред характеризуется безотлагательными болезненными утверждениями и отсутствием достаточно разработанных логических построений. Для этого бреда характерна тенденция к генерализации с вовлечением в поле зрения больного все большего числа новых событий, фактов, лиц.

Входит в структуру многих сложных психотических состояний – помрачений сознания, острых галлюцинозов, галлюцинаторно-бредовых, параноидных, аффективно-параноидных, аффективно-кататонических, кататано-параноидных, парафренических синдромов.

По содержанию различают следующие основные формы бреда:

Бред с пониженной самооценкой характеризуется болезненным преувеличением имеющихся или приписыванием себе несуществующих недостатков или неприятностей.

Выделяют *бред с утверждениями, с повышенной самооценкой, с высокими утверждениями, персекуторный, архаический*.

Синдром *Кандинского–Клерамбо* – психический автоматизм, включающий псевдогаллюцинации, бредовые идеи преследования, психического и физического воздействия.

4. Нарушения формы ассоциативного процесса: темпа, подвижности, целенаправленности мышления, грамматического строя речи

Нарушение темпа мышления: при сохранении целенаправленности проявляется *ускорением* ассоциаций в единицу времени – резкая непрерывная смена тематики с малодоказательностью и бессвязной речью (наблюдается при маниакальных синдромах и непароксизмальных помрачениях сознания); *замедлением* – нет глубины и широты (продуктивности) мышления, которое обедняется и скудеет (встречается при депрессивных синдромах, оглушении, олигофрениях и деменции).

Нарушения подвижности (ригидность, инертность) мышления: *детализация, обстоятельность* (лабиринтность), *вязкость*.

Нарушения отмечаются при эпилептической деменции, психоорганическом синдроме. Детализация, реже обстоятельность могут встречаться при паранойяльных синдромах.

Нарушения целенаправленности мышления: *витиеватость, со-скальзывание, резонерство, разноплановость, аморфность*.

Симптомы, включенные в эту группу, нередко сменяют друг друга по мере углубления нарушения мотивационного компонента мышления.

Наиболее полно все эти симптомы встречаются при синдромах шизофренического дефекта.

Нарушения грамматического строя речи:

Бессвязность – нарушение логики изложения и грамматического строя речи на фоне помраченного сознания. При этом речь представляет собой набор неоконченных фраз, отдельных слов и словосочетаний, перечисление предметов, попавших в поле непосредственного восприятия больного. Выраженная степень бессвязности называется инкогеренцией.

Речевые стереотипии – бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, речевых оборотов. Вариантами речевых стереотипий являются: *персеверации* – «застой мысли», при котором первое высказывание стереотипно повторяется больным в ответ на другие задаваемые ему вопросы; *вербигерации* – бессмысленное повторение («*нанизывание*») отдельных слов или речевых оборотов.

Отмечаются при синдромах шизофренического дефекта, органического и эпилептического слабоумия, афотических синдромах, иногда оглушенности.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Приведите классификацию вариантов патологии мышления (расстройства содержания идеи и формы ассоциативного процесса).

2. Какой характер симптомов навязчивых идей (навязчивости), их форм по механизмам возникновения (ситуационные, аутохтонные, ритуальные)?

3. Охарактеризуйте идеаторные навязчивости и их категории (навязчивые сомнения и воспоминания, абстрактные навязчивые и контрастные мысли).

4. Назовите навязчивости, сочетающиеся с аффективными расстройствами и их категории.

5. Какие особенности навязчивых волевых расстройств (навязчивых влечений и действий)?

6. Дайте характеристику симптомов сверхценных идей, их отличия от навязчивых идей и систематизированного бреда.

7. Какие вы знаете варианты симптомов сверхценных идей, связанных с переоценкой биологических свойств личности?

8. Приведите варианты симптомов сверхценных идей с переоценкой психологических свойств личности.

9. Назовите варианты симптомов сверхценных идей с переоценкой социальных факторов.

10. Как классифицируют бредовые идеи по структуре (характеристика систематизированного и несистематизированного бреда)?

11. Какие существуют формы бреда с пониженной самооценкой?

12. Какие вы знаете формы симптомов бреда с повышенной самооценкой?

13. Какие симптомы включает синдром Кандинского–Клерамбо?

14. Дайте характеристику нарушения темпа мышления (смена тематики, замедление).

15. Какие симптомы входят в нарушения подвижности (инертность) мышления?

16. Какие симптомы характеризуют нарушения целенаправленности мышления?

17. Дайте характеристику симптомов нарушения грамматического строя речи (бессвязность, речевые стереотипии – персеверация, вербигерация).

Литература: [1, с. 82–111]; [2, с. 147–149, 267–268]; [6, с. 229–251]; [7, с. 130–134, 384–385]; [6д, с. 129–132].

ТЕМА 11. СИМПТОМЫ И ВИДЫ ПАТОЛОГИИ ПАМЯТИ

1. *Расстройства памяти – дисмнезии: гипер-, гипо- и амнезии.*
2. *Варианты амнезий по отношению к периоду болезни, по преимущественно нарушенной функции, по динамике и объекту.*
3. *Парамнезии: псевдореминисценции (экмнезии), криптомнезии, эхомнезии, конфабуляции, галлюцинаторные воспоминания Кальбаума, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания.*

1. Расстройства памяти – дисмнезии: гипер-, гипо- и амнезии

К дисмнезиям относятся гипермнезии, гипомнезии и амнезии.

Гипермнезия – непроизвольное оживление памяти, повышение способности воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных и малоактуальных для больного в настоящем. Усиление вспоминания (гиперпродукция эйфории) сочетается с ослаблением запоминания текущей информации (гипопродукция фиксации). Особенно сильно страдают произвольное запоминание и воспроизведение.

Встречается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, некоторых вариантах ауры при больших эпилептических припадках, опьянении некоторыми наркотиками (опий, ЛСД, психоаналептики), помрачениях сознания инфекционного и психогенного (истерические) генеза, засыпании, гипнотическом сне.

Гипомнезия – частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений. Это – нарушение способности запоминать, удерживать, воспроизводить некоторые события и факты или отдельные их части (наиболее ярких событий). Легкая степень гипомнезии проявляется слабостью воспроизведения дат, имен, терминов, цифр и т.п.

Входит в структуру синдромов невротических, измененной реактивности в рамках большого наркоманического синдрома, психоорганического, паралитического, начальных этапов прогрессирующей амнезии, асемического слабоумия.

Амнезия – полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенном временном периоде, или же выпадение из памяти той или иной конкретной ситуации.

2. Варианты амнезий по отношению к периоду болезни, по преимущественно нарушенной функции, по динамике и объекту

Варианты амнезий по отношению к периоду болезни:

Ретроградная амнезия – выпадение из памяти впечатлений, предшествовавших острому периоду болезни. Основной функцией памяти, страдающей при этом виде амнезии, по-видимому, является воспроизведение.

Антероградная амнезия – утрата воспоминаний о текущих событиях, переживаниях, фактах, происходящих в период, следующий за острым этапом болезни.

Конградная амнезия – выпадение воспоминаний полное или частичное, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания).

Антероретроградная (полная, тотальная) *амнезия* – выпадение из памяти событий, происходящих до, во время и после острого периода болезни.

Варианты амнезий по преимущественно нарушенной функции памяти:

Фиксационная амнезия – резкое ослабление или отсутствие способности запоминать, фиксировать текущие события (гипопродукция). Невозможность фиксировать текущие события и факты приводит к неспособности ориентироваться в месте и во времени (амнестическая дезориентировка).

Входит в структуру корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, асемической деменции, паралитического синдрома.

Анэфория – неспособность к произвольному вспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, которые извлекаются из памяти только после подсказки.

Входит в структуру астенического и психоорганического синдромов, лакунарной деменции, асемического слабоумия.

Варианты амнезий по динамике:

Прогрессирующая амнезия – распад памяти. Ход этого процесса идет в порядке, обратном формированию памяти. В первую очередь страдает «*память времени*» при сохранении «*памяти содержания*». В дальнейшем еще остается «*память простейших навыков*» – *праксис*, исчезающий в последнюю очередь, что сопровождается формированием апраксии.

Встречается при деменции (асемической, парамнестической, дисмнестической), прогрессирующих церебральных атрофиях (церебральный атеросклероз, сенильная деменция, болезнь Пика и Альцгеймера).

Ретардированная амнезия – отставленная, запаздывающая амнезия. Какой-то период времени и события, имевшие в нем место, выпадают из памяти не сразу, а лишь спустя некоторое время после болезненного состояния. Через короткое время больной забывает их напрочь.

Встречается при некоторых вариантах сумеречных состояний сознания, тяжелых формах делирия, онейроида.

Стационарная амнезия – стойкий дефицит памяти, фактически не имеющий динамики.

Регрессирующая амнезия – вариант амнезии с постепенным восстановлением памяти, но почти никогда она не возвращается полностью.

Варианты амнезий по объекту, подвергаемому амнезии:

Аффектогенная (кататимная) *амнезия* – пробелы памяти возникают психогенно, по механизму вытеснения аффективно насыщенных индивидуально

неприятных и неприемлемых личностью впечатлений и событий, а также всех событий (даже индифферентных), совпавших во времени с сильным потрясением. Встречаются при различного рода психогенных состояниях.

Историческая амнезия – из памяти выпадают лишь отдельные неприятные события и факты, психологически неприемлемые для больного. Входит в структуру истерического психопатического синдрома.

3. Парамнезии: псевдореминисценции (экмнезии), криптомнезии, эхомнезии, конфабуляции, галлюцинаторные воспоминания Кальбаума, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания

Парамнезии – нарушения памяти в виде искажения, обмана памяти, ложных воспоминаний. Встречается в следующих формах:

Псевдореминисценции – ошибочные воспоминания, «иллюзии памяти». Воспоминания о действительно имевших место событиях относятся больным в иной временной отрезок. Перенос событий осуществляется обычно из прошлого в настоящее, в котором замещает провалы памяти, возникающие в результате фиксационной или прогрессирующей амнезии. Их разновидностью являются экмнезии – сдвиг ситуаций в прошлом, давние события переносятся такой болезненной памятью в настоящее. Входят в структуру корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, парамнестической деменции.

Криptomнезии – искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.

Варианты криптомнезии:

Ассоциированные (болезненно присвоенные) воспоминания – услышанное, прочитанное, увиденное во сне, в кино, вспоминается как имевшее место в действительности.

Ложные ассоциированные (отчужденные) воспоминания – противоположное расстройство. Реальные события из жизни больного в воспоминаниях предстают как имевшие место с кем-то иным.

Криptomнезии входят в структуру некоторых вариантов психоорганического синдрома при поражении теменно-височных отделов головного мозга и параноидного синдрома.

Эхомнезии (редуплицирующая парамнезия Пика) – обманы памяти, при которых какое-то событие, факт, переживание в воспоминаниях предстают удвоенными, утроенными.

Входят в структуру психоорганического синдрома с преимущественным поражением теменно-височной области.

Конфабуляции («вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения») – яркие, образные ложные воспоминания с патологической убежденностью в их истинности. Больной вспоминает события и факты, которые якобы имели место в его жизни, тогда как в действительности они отсутствовали. Существует три варианта конфабуляций:

Замещающие конфабуляции – ложные воспоминания, которые заполняют провал памяти. Входят в структуру корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, парамнестической деменции.

Фантастические конфабуляции – ложные воспоминания о невероятных фантастических событиях, якобы имевших место в отдаленном или недавнем прошлом.

Входят в структуру конфабуляторно-бредовых и острых парафренных синдромов.

Паралитические конфабуляции – ложные воспоминания нелепого содержания.

Входят в структуру паралитического слабоумия.

Галлюцинаторные воспоминания Кальбаума – факт, узанный в галлюцинаторном переживании, фиксируется памятью как реальное событие и проецируется в прошлое, где в действительности места не имел.

Входят в структуру галлюцинаторно-параноидных и парафренных синдромов.

Псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания (В.Х. Кандинский) – созданный воображением факт тут же становится содержанием слуховой (чаще) или зрительной галлюцинации и с этого момента предстает в сознании пациента как воспоминание о реальном событии, якобы имевшем место в прошлом его жизни.

Входят в структуру галлюцинаторного варианта синдрома Кандинского, парафренных синдромов.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Какая действует классификация расстройств памяти?
2. Какой характер имеют симптомы гипермнезии и соответствующие синдромы?
3. Дайте характеристику гипомнезии и амнезии.
4. Назовите варианты амнезий по периодам болезни и охарактеризуйте ретро- и антероградные.
5. Охарактеризуйте симптомы конградной и антероретроградной амнезий, содержащие их синдромы.
6. Какие варианты амнезий по преимущественно нарушенной функции памяти вы знаете?
7. Назовите варианты амнезий по динамике и дайте характеристику прогрессирующей амнезии.
8. В чем суть ретардированной, стационарной и регрессирующей амнезий?
9. Какие варианты амнезий по объекту, подвергаемому амнезии вы знаете?
10. Чем характеризуется форма парамнезии псевдореминисценции, в какие синдромы входит?

11. Что характерно для криптомнезий и их вариантов?
12. Какой характер симптома эхомнезии, его отличие от псевдореминисценций?
13. Дайте понятие о конфабуляции и их вариантах.
14. Что представляют собой галлюцинаторные воспоминания Кальбаума?
15. Какие особенности псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаний?

Литература: [1, с. 70–82, 209–211]; [2, с. 50–51, 166–169]; [6, с. 268–286]; [7, с. 47–50, 381–382]; [6д, с. 59–61].

ТЕМА 12. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ В КЛИНИКЕ

1. Психология эмоций – качество, формы, виды.
2. Основные типы патологического эмоционального реагирования.
3. Продуктивные эмоциональные расстройства – патологии чувственного тона и эмоциональных состояний (гипо-, гипер-, паратимии, нарушения динамики).
4. Негативные эмоциональные расстройства – по экстенсивности и интенсивности.
5. Психология воли: понятие, низшие и высшие мотивы деятельности, произвольные и произвольные действия, волевые качества.
6. Патология на уровне мотивационной компоненты волевого акта (угнетение, усиление, извращение).
7. Патология на уровне интеллектуальной компоненты волевого акта: на уровне борьбы мотивов и целенаправленности действия.
8. Патология на уровне реализации волевого усилия: угнетение, усиление, извращение.

1. Психология эмоций – качество, формы, виды

Эмоции – это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности и к самому себе. Они представляют собой интегративное выражение тонуса нервно-психических процессов.

Основные качества эмоциональных состояний выступают необходимыми признаками субъективного отношения личности к объекту.

Эмоциональные проявления подразделяются *по формам* на:

Эмоциональное состояние – это пребывание в каком-либо расположении духа, связанном с общим соматопсихическим тонусом субъекта.

Эмоциональное отношение, характеризует связь субъекта с конкретным объектом и выражает его активную позицию в субъективной оценке последнего.

Эмоциональную реакцию, возникает как непосредственный субъективный ответ на какое-либо воздействие, впечатление.

Эмоциональные проявления делятся на:

Чувственный тон – относительно постоянный, общий, недифференцированный эмоциональный фон (состояние), на котором протекают психические процессы. Он отражает степень и качество отношения человека к объекту в целом.

Настроение – длительное, относительно уравновешенное и устойчивое общее эмоциональное состояние, окрашивающее отдельные психические процессы и поведение человека.

Чувство – эмоциональное отношение, отличающееся относительно четкой ограниченностью во времени, интенсивностью переживаний и отражающее конкретную содержательную субъективную оценку человеком определенного объекта.

Страсть – длительное, значительно выраженное и напряженное эмоциональное отношение с направленностью, концентрированностью чувства на определенном объекте или виде деятельности.

Аффект – кратковременная, большей силы эмоциональная реакция, быстро овладевающая человеком, протекающая с бурными пантомимическими и вегетативными проявлениями и сопровождающаяся некоторым нарушением контроля над своим поведением при формально ясном сознании.

Эмоционально-стрессовое состояние – эмоциональная реакция, отражающая отношение человека к действительности в ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение. Они проявляются в определенной поведенческой реакции, которая называется эмоционально-стрессовой.

Наиболее объективными показателями эмоциональных проявлений, которые не подчиняются волевым задержкам, выступают соматовегетативные симптомы: кожно-гальваническая реакция, перистальтика желудочно-кишечного тракта, зрачковые рефлексы, выделение слюны и пота и т.д.

2. Основные типы патологического эмоционального реагирования

Кататимный тип возникает при определенных жизненных ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение (т.е. в стрессовых ситуациях). Эти реакции относительно кратковременны, лабильны, имеют психогенную обусловленность и содержание. По такому типу возникают и развиваются неврозы и реактивные психозы.

Голотимный тип определяется наличием полярности психопатологических состояний, первичностью (эндогенной обусловленностью), их относительной устойчивостью и периодичностью возникновения. Субъективное состояние и окружающая обстановка при этом подвергаются сверхценной или бредовой интерпретации, содержание которой совпадает с доминирующим эмоциональным состоянием. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эндогенным психозам (маниакально-депрессивный психоз, некоторые инволюционные психозы, шизофрения).

Паратимный тип характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности. Он встречается при шизофрении.

Эксплозивный тип патологического эмоционального реагирования отличается сочетанием инертности, тугоподвижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эпилепсии, некоторым органическим заболеваниям головного мозга.

Дементный тип сочетается с нарастающими признаками слабоумия. Отмечается расторможенностью низших, импульсивных влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, гипобулии, гиподинамии, аспонтанности с грубой некритичностью. Такой тип эмоциональной патологии свойствен прогрессирующим слабоумиям (старческое слабоумие, атеросклероз сосудов головного мозга, пресенильные деменции, прогрессирующий паралич и др.).

3. Продуктивные эмоциональные расстройства – патологии чувственного тона и эмоциональных состояний (гипо-, гипер-, паратимии, нарушения динамики)

Эмоциональные расстройства по симптоматологии делятся на продуктивные и негативные.

Продуктивные эмоциональные расстройства:

1. Патология чувственного тона включает эмоциональные гиперестезию и гипестезию.

Эмоциональная гиперестезия – нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно обостренной эмоциональной окраской.

Эмоциональная гипестезия – нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно ослабленной эмоциональной окраской.

Входят в структуру дереализационных и деперсонализационных расстройств.

2. Патология эмоциональных состояний, отношений, реакций состоит из гипотимии, гипертимии, паратимий и нарушений динамики эмоций.

Гипотимии (депрессия, дистимия).

Тоска – эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов.

Входит в структуру депрессивных, невротических и депрессивно-параноидных, онейроидных синдромов, дисфории.

Тревога – эмоциональное состояние, сопровождаемое предчувствием и боязливым ожиданием надвигающейся беды, пессимистическими опасениями, обращенными в будущее, или реакция, характеризующаяся внутренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализованными в груди. В отличие от тоски тревога является активирующим аффектом.

Входит в структуру невротических, тревожно-депрессивных, острых бредовых, аффективно-бредовых синдромов и помрачений сознания.

Растерянность – изменчивое, лабильное эмоциональное состояние с переживанием недоумения, беспомощности.

Входит в структуру синдромов помрачения сознания, атипичных аффективных, аффективно-параноидных, острых бредовых синдромов.

Страх – эмоциональное состояние или реакция, содержанием которых являются опасения о своем благополучии или жизни. Испуг – кратковременная сильная аффективная реакция.

Входит в структуру фобического, острых бредовых синдромов, острого галлюциноза, помрачений сознания, гипоталамических пароксизмов, ночных и дневных страхов у детей.

Гипертимии

Эйфория – неадекватно повышенное эмоциональное состояние с преобладанием ощущения радости, жизненного счастья, с повышенным стремлением к деятельности.

Входит в структуру маниакальных, маниакально-бредовых, онейроидного, парафренного синдромов, алкогольного и некоторых форм наркоманического и токсикоманического опьянения.

Благодушие – эмоциональное состояние с оттенком довольства, беспечности без стремления к деятельности.

Входит в структуру паралитического, псевдопаралитического, психоорганического, Корсаковского синдромов и некоторых видов синдромов деменции.

Экстаз – эмоциональное состояние с наивысшей приподнятостью, экзальтацией, часто с религиозным мистическим оттенком переживаний.

Входит в структуру синдрома особых состояний сознания, атипичного маниакального синдрома, онейроидного состояния сознания.

Гневливость – высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающим со склонностью к агрессии, разрушительным действиям.

Входит в структуру дисфории, сумеречных состояний сознания, психоорганического и атипичного маниакального синдромов.

Паратимии

Амбивалентность – одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же факта, объекта, события.

Эмоциональная неадекватность – качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу. Одним из вариантов эмоциональной неадекватности является фамильная ненависть.

Оба симптома входят в структуру кататонических и негативных личностных расстройств.

Нарушения динамики эмоций

Эмоциональная лабильность – быстрая и частая смена полярности эмоций, возникающая без достаточного основания, порой беспричинно.

Характерна для синдромов астенического, абстинентных, помрачения сознания, истерических проявлений, делирия.

Тугоподвижность (инертность, ригидность) – протрагирование эмоциональной реакции, проявляющееся длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез.

Входит в структуру эпилептических изменений личности, психоорганического синдрома.

Слабодушие (форма эмоциональной гиперестезии) – невозможность сдержать внешние, контролируемые волевым усилием проявления эмоциональных реакций.

Входит в структуру невротических и психоорганического синдромов, истерических проявлений.

4. Негативные эмоциональные расстройства – по экстенсивности и интенсивности

Негативные расстройства, оцениваемые по экстенсивности эмоциональных проявлений:

Сужение эмоционального резонанса – уменьшение экстенсивности (распространенности) эмоциональных реакций, сужение их спектра, проявляющиеся в уменьшении набора объектов, ситуаций, потребностей, видов деятельности, на которые субъект ранее эмоционально реагировал.

Эмоциональная патологическая инверсия – крайняя степень сужения эмоционального резонанса с направленностью реагирования на внутренние утилитарно-гедонические потребности.

Негативные расстройства, оцениваемые по интенсивности эмоциональных проявлений:

Эмоциональная нивелировка – исчезновение дифференцированного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту.

Побледнение эмоций – снижение интенсивности (силы) эмоциональных проявлений, сопровождающееся уменьшением выразительности (экспрессивности) мимики и жестов.

Психическая анестезия – отсутствие эмоциональных реакций, чувств, с таким больным при известной настойчивости все-таки удастся вступить в контакт и получить сведения.

Апатия – утрата эмоциональных реакций в сочетании с поражениями или отсутствием волевых побуждений. С трудом можно ненадолго способствовать проявлению чувств у больного.

Эмоциональная тупость – бесчувствие, безразличие, полная эмоциональная опустошенность («паралич эмоций») с исчезновением адекватных эмоциональных реакций.

Все вышеописанные негативные расстройства встречаются при апатико-абулическом синдроме различной степени выраженности.

5. Психология воли: понятие, низшие и высшие мотивы деятельности, произвольные и произвольные действия, волевые качества

Воля – это психический процесс, заключающийся в сознательной, целенаправленной, мотивированной, активной психической деятельности, которая

связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека. Волевой акт состоит из этапов последовательных, спланированных действий.

Важнейшее значение в формировании волевого акта имеет мотивационная сфера человека.

К низшим мотивам деятельности относятся: **инфантильно-гедонические**, при которых деятельность личности определяется стремлением получить удовольствие, в основном в сфере инстинктивно-физиологических потребностей; **эгоистически-утилитарные**, при которых побуждения к деятельности связаны со стремлением извлечь личную выгоду, часто в ущерб интересам окружающих.

К высшим относятся подлинно **альтруистические** мотивы поведения. Личность стремится принести как можно больше пользы обществу, не думая при этом о личной выгоде.

Все действия делятся на произвольные и непроизвольные. Волевые действия представляют такую разновидность произвольных действий, которые требуют преодоления препятствий, стоящих на пути к достижению цели.

К основным волевым качествам человека относят: самостоятельность, решительность, настойчивость, самообладание, а также внушаемость, нерешительность, упрямство, волевою настойчивость.

6. Патология на уровне мотивационной компоненты волевого акта (угнетение, усиление, извращение)

Угнетение влечений и мотивов деятельности

Имеется ряд вариантов:

Анорекия (исчезновение аппетита) – резкое угнетение пищевого инстинкта.

Является ведущим симптомом синдрома нервной анорексии, может входить в структуру невротических, депрессивных синдромов.

Снижение либидо – угнетение полового влечения.

Входит в структуру невротических состояний, депрессивного синдрома.

Торможение оборонительных реакций – угнетение инстинкта самосохранения, проявляющееся в отсутствии защитных двигательных реакций (моргание, изменение и удержание защитных поз, избегание опасности и т.п.) в ответ на внешнюю угрозу.

Встречается при некоторых вариантах депрессивного ступора, кататоническом ступоре.

Гипобулия – снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающиеся регрессом ее мотивов. Крайняя степень выраженности этого состояния называется *абулией*. При ней отсутствуют побуждения к деятельности и ее мотивы.

Как преходящие расстройства встречается в рамках невротических и невротоподобных синдромов и депрессивных состояний, при разнообразных ступорах; как стойкое расстройство наблюдается в структуре различных синдромов дефекта личности и слабоумия.

Усиление влечений и мотивов деятельности

Отмечаются следующие варианты:

Булемии – резкое усиление пищевого инстинкта, неумеренный аппетит, зачастую сочетается с неразборчивостью в еде (обжорство). Входит в структуру некоторых вариантов гипоталамических синдромов, маразматической стадии некоторых видов деменции, идиотии, имбецильности, гашишного опьянения.

Гиперсексуальность – резкое усиление полового влечения, приобретающее характер доминирующего мотива, который начинает преобладать в содержании сознания. Входит в структуру некоторых маниакальных, психопатических и психопатоподобных, гебефренных, кататонических синдромов, слабоумия, идиотии.

Гипербулия – патологическое увеличение интенсивности и количество побуждений и мотивов деятельности. Наиболее характерна для маниакального синдрома.

Извращение влечений, побуждений и мотивов деятельности

Отмечается ряд вариантов:

Дромомания – патологическое влечение к постоянной перемене места обитания, бродяжничеству.

Пиромания – влечение к поджогам, иногда – к созерцанию пламени.

Клептомания – патологическое влечение к кражам.

Суицидомания – болезненное влечение к самоубийству. Членовредительство – патологическое стремление к самоповреждению, аутоотравматизму.

Перверзии – различные формы извращения полового влечения.

Все вышеназванные варианты извращений влечений и мотивов деятельности имеют три клинические формы:

Навязчивые влечения – побуждения к деятельности появляются помимо воли больного, не отражают его интересы и ситуацию, сопровождаются борьбой мотивов, сохранением критического к ним отношения. Они обычно не реализуются в поступках, так как осуществляется волевой контроль над действиями.

Наблюдаются при невротических, психопатических синдромах.

Компульсивные влечения – побуждения к деятельности возникают подобно витальным влечениям, таким, как голод, жажда, половое влечение. Они диктуются признаками психофизического дискомфорта и быстро принимают характер доминирующего мотива деятельности. Критическое отношение к этому влечению сочетается с невозможностью борьбы с ним. Все поступки направлены на его реализацию.

Характерны для некоторых психопатических синдромов, большого наркоманического и большого алкогольного наркоманического синдромов (синдром зависимости).

Импульсивные влечения – болезненные побуждения к деятельности, которые возникают остро, безмотивно, чем напоминают пароксизмальные. Отмечается неотступное стремление к реализации влечения с полным подчинением ему самосознания. Встречаются при кататонических синдромах, сумеречных состояниях сознания.

7. Патология на уровне интеллектуальной компоненты волевого акта: на уровне борьбы мотивов и целенаправленности действия

Амбигуэнтность – одновременное сосуществование двух противоположных мотивов и целей деятельности. Встречается в рамках кататонических синдромов.

Навязчивые действия – реализованные навязчивые влечения, часто носящие характер ритуальных действий. Входят в структуру невротических и невротоподобных расстройств.

Компульсивные действия – реализованные компульсивные влечения. Входят в структуру большого наркоманического, большого алкогольного наркоманического синдромов, встречаются при некоторых психопатических состояниях.

Насильственные действия – безмотивно, произвольно возникающие движения на фоне ясного сознания. Их проявления задержать не удастся, они исчезают во время сна и усиливаются при волнении (гиперкинезы, насильственный смех, плач, крик и пр.). Являются неврологическим симптомом и встречаются при некоторых органических заболеваниях головного мозга.

Импульсивные действия – аффективно индифферентные сложные двигательные акты, которые возникают внезапно, без борьбы мотивов и часто сопровождаются агрессивными или разрушительными тенденциями без ситуационно-психологической обусловленности. Наблюдаются при кататонических синдромах.

8. Патология на уровне реализации волевого усилия: угнетение, усиление, извращение

Угнетение

Гипокинезия (двигательное торможение) – замедление темпа произвольных движений. Крайняя степень – обездвиженность (*акинезия*) – полное отсутствие произвольных движений. Входит в структуру выраженной астении, ступора, депрессии, спонтанности, апатико-абулического синдрома.

Гипомимия – уменьшение интенсивности, объема и экспрессивности произвольных мимических движений или полное отсутствие (*амимия*).

Входит в структуру выраженной астении, ступора, депрессии, аспонтанности, апатико-абулического синдрома.

Мутизм – отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности аппарата речепроизводства и функции речепонимания. Входит в структуру ступора, депрессии, аспонтанности.

Усиление

Эйфорическая гиперкинезия, является завершающим этапом эйфорической гипербулии и характеризуется целенаправленным двигательным возбуждением в сфере произвольных движений на фоне эйфории. Входит в структуру маниакальных синдромов.

Кататоническая гиперкинезия, выступает внешним проявлением кататонической гипербулии. Характеризуется нецеленаправленным, хаотичным, непродуктивным двигательным возбуждением в сфере произвольных движений с манерностью, вычурностью, стереотипностью. Входит в структуру кататонического возбуждения.

Гиперкинезия с автоматизмами, возникает на фоне нарушенного сознания, проявляется сложными, кажущимися на первый взгляд упорядоченными, правильными и целесообразными действиями. Однако по своей сути они бессмысленные, ненужные, не обусловлены ситуацией и ранее большим не планировались. Входит в структуру сумеречных состояний сознания с автоматизмами.

Галлюцинаторная гиперкинезия, появляется при галлюцинаторных переживаниях и соответствует их фабуле. Входит в структуру острых и подострых, галлюцинаторных и галлюцинаторно-параноидных синдромов.

Бредовая гиперкинезия, наблюдается при бредовых переживаниях и отражает их содержание, имеет целенаправленный характер, порой продуктивна. Входит в структуру острых и подострых, иногда хронических бредовых синдромов.

Тревожно-депрессивная гиперкинезия (ажитация), возникает на высоте тревожно-депрессивного аффекта и проявляется нецеленаправленной, непродуктивной суетливостью. Входит в структуру тревожно-депрессивных синдромов, меланхолического раптуса.

Извращение (паракинезии)

Эхопраксия – нелепое, часто зеркальное повторение жестов, мимики, поз окружающих.

Эхолалия – нелепое, часто дословное повторение отдельных слов, словосочетаний, фраз (*эхофразия*), услышанных больным от окружающих.

Речевые стереотипии – однообразное, монотонное повторение одних и тех же слов или словосочетаний в спонтанной или ответной речи. Делятся на следующие виды:

персеверации – многократное повторение во время беседы ответа, данного больным на предыдущий предложенный ему вопрос;

вербигерации – бессмысленное монотонное повторение слова, словосочетания или нанизывание сходных по звучанию слов.

Двигательные стереотипии – однообразное, неадекватное повторение нелепых движений и поз.

Негативизм – немотивированное отрицательное отношение больного, которое проявляется отказом, сопротивлением, противодействием всякому воздействию извне.

Восковая гибкость – длительное сохранение больным приданной ему позы, иногда неудобной и требующей значительного мышечного напряжения.

Пассивная подчиняемость – патологическая готовность к выполнению любого указания, даже неприятного для больного, и его исполнение без предварительного осмысления.

Паракинезии встречаются в структуре кататонических синдромов.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие о психологии эмоций, их основных качествах.
2. В каких формах проявляются эмоции?
3. Какие виды и какой характер эмоциональных состояний вы знаете?
4. Приведите и дайте характеристику основным типам патологического эмоционального реагирования.
5. Чем характеризуются эмоциональные гиперестезия и гипестезия?
6. Какой характер имеют формы гипотимии?
7. Какие имеют симптоматические формы гипертимии?
8. Какие особенности форм паратимии?
9. Как характеризуются нарушения динамики эмоций?
10. Какие негативные расстройства по экстенсивности эмоциональных проявлений вы знаете?
11. Как подразделяются оцениваемые по интенсивности проявлений негативные эмоциональные расстройства?
12. Дайте понятие о психологии воли, уровнях содержания и мотивов, видах произвольных и волевых действий.
13. Какие формы угнетения влечений и мотивов вы знаете?
14. Дайте характеристику симптомов усиления влечений и мотивов деятельности.
15. Назовите и дайте характеристики вариантов симптомов извращения влечений, побуждений и мотивов.
16. Какие клинические формы извращения влечений и мотивов вы знаете?
17. Как характеризуются симптомы патологии на уровне интеллектуальной компоненты – борьбы мотивов, целесообразности?

18. Что характерно для вариантов угнетения реализации волевого усилия?
19. Какие особенности симптомов патологии усиления уровня реализации волевого усилия?
20. Какие формы включают паракинезии (извращения волевого усилия)?
21. Какие основные симптомы входят в состав депрессивного синдрома?
22. Какие основные симптомы включает маниакальный синдром?

Литература: [1, с. 112–140]; [2, с. 48–50, 125–132]; [6, с. 142–183]; [7, с. 191–203]; [6д, с. 223–230]; [7д, с. 192–223].

ТЕМА 13. ШИЗОФРЕНИЯ: НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ, ЭМОЦИЙ, МОТИВОВ ЛИЧНОСТИ, ПСИХОТЕРАПИЯ

1. *Определение, этиопатогенетические теории шизофрении.*
2. *Характерные признаки и диагностические критерии шизофрении.*
3. *Типы шизофрении, их характеристика и отличия.*
4. *Дифференциальная диагностика (с аффективными расстройствами, непатологическими колебаниями настроения, сомато- и психогениями, наркоманией).*
5. *Психотерапия больных шизофренией.*

1. Определение, этиопатогенетические теории шизофрении

Шизофрения – заболевание, протекающее с психотическими симптомами, которые нарушают поведение больного, изменяют его мышление, эмоциональные реакции и восприятие окружающего. Как правило, сохраняется ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя со временем появляются когнитивные нарушения.

По мировой статистике шизофренией (Ш.) страдает до 1,5 % всего населения, причем этот показатель устойчив по всем странам и не зависит от пола и расы. В Беларуси примерно 100 тысяч таких больных. Характерный возраст начала заболевания 15–45 лет у мужчин и 20–35 лет у женщин. До 10 и после 40 лет встречается редко.

Этиология неизвестна. Считается, что в развитии болезни играют роль различные факторы.

Генетическая теория – гипотеза предрасположенности к Ш., хотя тип наследования и генетические маркеры пока не найдены. Выдвинута полигенная теория наследственности.

Биологическая (дофаминовая) теория – в патогенезе Ш. важным механизмом является гиперчувствительность дофаминовых рецепторов или повышение активности дофамина в мезолимбических и мезокортикальных структурах головного мозга. Существуют гипотезы инфекционной этиологии (медленные вирусные инфекции), норадреналиновой, серотониновой и т.д., которые полностью не доказаны.

Шизофрения протекает хронически либо непрерывно прогрессируя (до 25 % больных), либо в форме очерченных приступов (от месяца до года и более – 20–25 %). Болезнь часто имеет фазы – продромальную, активную (часто с бредом и галлюцинациями) и резидуальную, во время которой наступает ремиссия (до 30–35 % случаев).

2. Характерные признаки и диагностические критерии шизофрении

Наиболее частыми и характерными *признаками* этого расстройства являются:

своеобразные нарушения мышления в виде нечеткости, разноплановости, оторванности от внешнего мира и реальных факторов (так называемый аутизм), а также двойственности, вычурности и чужаковатости;

нарушения восприятия, обычно в виде голосов, исходящих, как кажется пациенту, из его головы или тела;

ощущение неестественности, чуждости, навязанности извне своих психических и поведенческих актов – так называемые психические автоматизмы (кто-то посторонний «*читает мысли с помощью специальной аппаратуры*», «*управляет поведением*» и т.д.) – синдром Кандинского–Клерамбо;

постепенно нарастающие изменения поведения и эмоционально-волевой сферы – отгороженность, утрата социальных связей, бедность эмоциональных реакций, отсутствие побуждений, интересов и т.д.

К симптомам «*первого ранга*» отнесены:

чувство постороннего управления мыслями: эхо мыслей, «*вкладывание*» или «*отнятие*» мыслей, ощущение их открытости окружающим (психические автоматизмы);

бредовые идеи воздействия, управления своими действиями или мыслями посторонней силой (пресекуторные);

стойкие бредовые идеи другого содержания, неадекватные данной культуре и совершенно нелепые.

бредовое восприятие: вербальные галлюцинации (особенно слуховые голоса) комментирующего характера или в форме диалога, обсуждающие поведение больного, или другие голоса, идущие из определенных частей тела.

Перечисленные бред, галлюцинаторные голоса, чувство управления мыслями и поступками (психические автоматизмы) относятся к так называемой продуктивной шизофренической симптоматике.

К числу менее значимых диагностических признаков – симптомам «*второго ранга*» – отнесены негативные симптомы:

нарастающая апатия, эмоциональная уплощенность или неадекватность, социальная отгороженность, погруженность в себя, утрата прежних интересов, бездеятельность, если они не обусловлены депрессией или приемом нейролептиков, – так называемая негативная симптоматика, проявление шизофренического дефекта;

кататонические расстройства: ступор, восковая гибкость, мутизм, импульсивное возбуждение;

обрывы мыслей, необычные слова, непоследовательность и разорванность в мышлении и речи пациента;

постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождающиеся нестойкими или не полностью сформированными бредовыми или сверхценными идеями.

Диагностические критерии шизофрении. Для диагностики шизофрении необходимо наличие у пациента одного четкого или двух менее четких симптомов «первого ранга» либо по меньшей мере двух симптомов «второго ранга», которые сохраняются на протяжении не менее *одного месяца*. Диагноз шизофрении не должен ставиться, если указанная симптоматика не предшествовала и сочетается с аффективными расстройствами настроения – депрессией или манией.

3. Типы шизофрении, их характеристика и отличия

Самый частый и типичный вариант болезни – **параноидная шизофрения**, которая проявляется бредовыми идеями преследования, отношения, воздействия, слуховыми или обонятельными галлюцинациями того же содержания, психические автоматизмы, с постепенным нарастанием негативной симптоматики. Течение – непрерывное или приступообразное (резидуальное). При данном типе Ш. отсутствуют кататонические симптомы, инкогерентность, разорванность мышления и речи, эмоциональная уплощенность и неадекватная аффективность, крайнее дезорганизованное поведение.

Гебефреническая (гебефреническая) форма Ш. начинается в юношеском возрасте и имеет относительно неблагоприятный прогноз. Проявляется дурашливым дезорганизованным поведением, расстройством эмоций и влечения, характерными изменениями мышления и быстрым нарастанием негативной симптоматики. Течение чаще непрерывное, но иногда в виде растянутого на несколько лет приступа с последующей ремиссией и стабилизацией состояния. Характерны симптомы: инкогерентность (бессвязность мышления), выраженная разорванность мышления (бессвязная или разорванная речь), дезорганизованное поведение (склонны обнажаться при посторонних, онанировать, нечистоплотны и неопрятны), обеднение или значительная неадекватность эмоций. Отсутствуют кататонические симптомы. Эта форма отличается злокачественностью течения и быстро (за 1–2 года) развивается шизофренический дефект психики в форме апатоабулического синдрома (сочетание безволия с безразличием и утратой желаний).

Кататоническая Ш. проявляется двигательными нарушениями в виде ступора с мутизмом и восковой гибкостью либо импульсивного нецеленаправленного возбуждения длительностью не менее 2 недель. Характерны также *стереотипии* (принятие и удержание бессмысленных и вычурных поз, выполнение стереотипных движений), *негативизм*, *ригидность* (сохранение позы, несмотря на внешние попытки изменения ее), *автоматоподобность* (немедленное следование указаниям), *гримасничанье* и *манерность*, *эхолалия* (повторение больным слов и словосочетаний других лиц, которые он слышит) и *эхопраксия* (непроизвольное повторение действия и жестов окружающих).

Диагноз **недифференцированной Ш.** может быть установлен, если выявлены общие критерии заболевания, но случай не удается отнести ни в одну из перечисленных ранее форм.

Постшизофреническая депрессия в качестве самостоятельной формы выделена в последние годы. К ней относятся случаи, когда у пациента после перенесенного приступа Ш., из которого он еще полностью не вышел, развилось состояние депрессии, соответствующее критериями депрессивного эпизода.

Резидуальная (остаточная) Ш. – категория, объединяющая состояния с наличием отчетливой негативной симптоматики, когда продуктивные симптомы болезни (бред, галлюцинации и т.д.) в течение года отсутствуют или выражены минимально.

Простая Ш. – редкая в настоящее время форма, которая проявляется постепенным нарастанием негативной симптоматики (эмоциональной уплощенности, апатии, отгороженности, утраты побуждений и т.д.) при почти полном отсутствии в анамнезе продуктивных расстройств.

4. Дифференциальная диагностика (с аффективными расстройствами, непатологическими колебаниями настроения, сомато- и психогениями, наркоманией)

Симптомы, аналогичные или схожие с таковыми при Ш., могут быть при многих неврологических и соматических расстройствах.

Определение диагноза основывается на анамнезе, лабораторно-инструментальных обследованиях с уточнением этиологии.

Шизофрениформные расстройства. Симптомы могут быть идентичны симптомам Ш., но сохраняются менее 6 месяцев. Болезнь сопровождается менее выраженной деградацией личности и имеет более благоприятный прогноз.

Кратковременное психотическое расстройство. Симптомы сохраняются менее 1 месяца и возникают после четко определяемого жизненного стресса.

Расстройства настроения. Психотические симптомы могут наблюдаться как при маниакальных, так и при депрессивных эпизодах. Симптомы расстройства настроения при Ш. должны быть относительно непродолжительными по сравнению с периодом, в течение которого наблюдаются основные симптомы болезни. Если расстройство настроения сопровождается галлюцинациями и бредом, их развитие происходит уже после того, как возникают патологические изменения настроения, и не бывает устойчивым.

Шизоаффективное расстройство. Симптомы расстройства настроения развиваются одновременно с симптомами Ш., но бред или галлюцинации должны наблюдаться в течение 2 недель при отсутствии выраженных симптомов расстройства настроения во время одной из фаз заболевания.

Психотическое расстройство неуточненное. Атипичный психоз с неясной клинической картиной, например с единственным симптомом в виде устойчивых слуховых галлюцинаций. К этой группе относятся психозы, обусловленные пребыванием в иной социокультурной среде.

Бредовые расстройства. Не носящий нелепого характера систематизированный бред, который сохраняется не менее 6 месяцев при сохранности нормального, относительно высокого уровня функционирования личности без выраженных галлюцинаций или других шизофренических симптомов. Расстройство возникает в среднем и пожилом возрасте.

Расстройства личности. Как правило, психотические симптомы отсутствуют, а в случае их появления имеют преходящий характер. Дифференциальный диагноз надо обязательно проводить с шизотипическим, шизоидным, пограничным и параноидным расстройствами личности.

Глубокие расстройства развития. Глубокие расстройства развития, например ранний детский аутизм, как правило, распознаются в возрасте до 3 лет. Несмотря на то что поведение может быть странным и свидетельствовать о психической деградации, отсутствуют бред, галлюцинации или явное расстройство мышления, например его разорванность.

Умственная отсталость. Нарушения интеллекта, поведения и настроения могут предполагать Ш. Однако при умственной отсталости нет явных психотических симптомов и вместо деградации личности отмечается устойчиво низкий уровень ее функционирования.

5. Психотерапия больных шизофренией

Потребность в психотерапии и возможности ее проведения варьируют у различных больных и в разные периоды заболевания. В острой фазе заболевания возможность психотерапии минимальна или вообще отсутствует, но чем более редуцируется психотическая симптоматика, тем более она возрастает. В состояниях ремиссий, в том числе ремиссий с дефектом, роль психотерапии бывает даже выше, чем поддерживающей фармакотерапии.

Основными направлениями психокорректирующей работы являются:

Поведенческая терапия. Предусматривает обучение профессиональным навыкам с целью достижения чувства удовлетворения собой, улучшения межличностных отношений. Используется принцип «*поощрительной экономики*» – улучшение поведения положительно подкрепляется.

Групповая терапия. Акцент делают на поддержании и развитии социальных навыков (в повседневной деятельности).

Семейная терапия. При использовании этого вида терапии можно добиться значительного сокращения числа рецидивов, в частности, за счет снижения чрезмерной эмоциональности в семейных отношениях.

Поддерживающая психотерапия. Традиционная психотерапия, ориентированная на формирование адекватной самооценки, не рекомендуется для лечения больных Ш. вследствие повышенной уязвимости их внутреннего «Я». Как правило, предпочтительна поддерживающая терапия, которая включает совет, переубеждение, обучение, моделирование, приемы ограничения и формирование чувства реальности. Главная цель – достижение такой самооценки, которую хочет и может «вынести» пациент.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте определение шизофреническому заболеванию.
2. Какая распространенность шизофрении? Характерный возраст.
3. Какие существуют теории возникновения шизофрении?
4. Какой характер течения шизофрении?
5. Какие наиболее частые и характерные признаки шизофрении?
6. Назовите диагностические симптомы шизофрении «первого ранга».
7. Какие симптомы шизофрении относятся к диагностическим «второго ранга»?
8. Какие диагностические критерии шизофрении?
9. Какие типы шизофрении вы знаете? Дайте характеристику и выделите отличия:
 - а) параноидной шизофрении,
 - б) гебефренической шизофрении,
 - в) кататонической шизофрении,
 - г) недифференцированной шизофрении,
 - д) постшизофренической депрессии,
 - е) резидуальной шизофрении,
 - ж) простой шизофрении.
10. Какие симптомы дифференциальной диагностики шизофрении от:
 - а) неврологических и соматических расстройств?
 - б) шизофрениформных расстройств?
 - в) кратковременного психотического расстройства?
 - г) расстройства настроения?
 - д) шизоаффективного расстройства?
 - е) бредовых расстройств?
 - ж) расстройств личности?
 - з) умственной отсталости?
11. Какие особенности и направления психотерапии шизофрении?

Литература: [1, с. 236–237, 248–250]; [2, с. 249–269]; [6, с. 243–265]; [7, с. 106–137]; [8, с. 243–275]; [6д, с. 111–123]; [10д, с. 202–206].

ТЕМА 14. НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ – ДЕПРЕССИВНЫЕ СИНДРОМЫ

1. *Определение и классификация синдромов аффективных расстройств.*

2. *Депрессии – распространенность, этиологические теории.*

3. *Диагностические критерии депрессии – основные и дополнительные симптомы.*

4. *Депрессивный эпизод – степени тяжести.*

5. *Рекуррентные, ларвированные, психотические депрессивные синдромы.*

1. Определение и классификация синдромов аффективных расстройств

Расстройства настроения (синоним – аффективные расстройства) включают широкий спектр психических отклонений, проявляющихся чаще всего либо в патологически сниженном настроении (гипотимии – тоска, тревога, растерянность, страх) – **депрессии** (синоним – депрессивный эпизод), либо в его болезненном повышении (гипертимии – эйфория, благодушие, экстаз, гневливость) – **мании** (синоним – маниакальный эпизод). Случаи, когда пациент переносит повторные эпизоды депрессии (но не мании), в современных классификациях называются *рекуррентным депрессивным расстройством* (РДР), если же в ходе заболевания отмечался при этом хотя бы один эпизод *мании* или *гипомании*, тогда данная патология называется *биполярным аффективным расстройством* (БАР). В прежних классификациях всю эту патологию объединяли в группу маниакально-депрессивного (циркулярного) психоза.

В основе современной классификации синдромов аффективных расстройств – три параметра: аффективный полюс, структура и степень выраженности синдрома.

Типичные аффективные синдромы включают равномерно представленную триаду обязательных симптомов: расстройства эмоций (тоска, эйфория), воли (гипо- или гипербулия), течения ассоциативного процесса (замедление, ускорение). Ведущие среди них – эмоциональные. *Дополнительными* симптомами выступают: пониженная или повышенная самооценка, порой достигающая уровня голотимических сверхценных или бредовых идей, суицидальные мысли, тенденции и действия (при депрессии), угнетение или усиление влечений.

Об атипичности аффективных синдромов свидетельствуют: появление в их структуре факультативных симптомов, которые приобретают значительный удельный вес (тревога, страх, сенестопатии, астения, фобии, obsessions, дереализация, деперсонализация, бред неголотимического характера, галлюцинации, кататонические симптомы и пр.); неравномерность выраженности обязательных

симптомов; значительное изменение содержания ведущего симптома (например, преобладание эффекта тревоги над тоской). *Смешанные аффективные синдромы* проявляются несоответствием содержания обязательных симптомов ведущему аффекту (например, двигательное и идеаторное возбуждение при аффекте тоски).

При **непсихотическом уровне аффективных синдромов** эмоциональная патология выражена незначительно, сохраняется возможность ситуационного контроля, дополнительные симптомы, как правило, отсутствуют, нет дезорганизации структуры личности, имеется полное критическое отношение ко всем проявлениям болезни. **Психотический уровень аффективных синдромов** характеризуется значительными эмоциональными расстройствами, невозможностью контролировать поведение, наличием дополнительной симптоматики, неполным осознанием болезни, некритической оценкой ее моментов или полным отсутствием критики.

2. Депрессии – распространенность, этиологические теории

Депрессия является одним из самых частых и экономически значимых расстройств человека вообще, если учесть, что в любой момент времени данное расстройство отмечается по крайней мере у 5 % населения. Критериям депрессивного эпизода соответствует около 3 % мужчин и 7–8 % женщин; хроническими депрессиями страдают примерно 4 % населения. Риск возникновения этого расстройства в течение жизни достигает 10–12 % для мужчин и 20–30 % для женщин; при наличии этой патологии у близких родственников такая вероятность значительно возрастает.

Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины. Характерный возраст начала заболевания – 30–40 лет.

Этиология депрессий: к настоящему времени можно считать установленной роль следующих факторов:

1. *Факторы генетические.* Доказательствами в пользу наследственной обусловленности этой патологии являются: уровень конкордантности монозиготных близнецов достигает 65–70 %, тогда как дизиготных – только 15–20 %.

2. В развитии расстройств настроения несомненную роль играют *нарушения обмена в мозге биогенных аминов* – нейромедиаторов, прежде всего дефицит серотонина и/или норадреналина и ГАМК (так называемая моноаминовая теория патогенеза депрессии).

3. Считается доказанной роль *нарушений механизмов нейроэндокринной регуляции*, прежде всего повышение активности гипоталамо-адrenalово-надпочечниковых механизмов.

4. *Психосоциальные факторы*, играющие роль в происхождении депрессии. Когнитивно-бихевиоральные теории возникновения депрессий подчеркивают роль ошибочных иррациональных мыслей и суждений пациента о самом себе и окружающем, что и является основной причиной изменения настроения.

3. Диагностические критерии депрессии – основные и дополнительные симптомы

Основными, кардинальными, симптомами депрессии являются:

сниженное, подавленное настроение – гипотимии (грусть, печаль, тоска, уныние и т.д.);

утрата прежних интересов и способности получать удовольствие от того, что ранее это удовольствие приносило (так называемая ангедония);

снижение активности, энергичности, способности к деятельности, двигательная заторможенность (гипобулия, гипокинезия).

Кроме того, при депрессии очень часто встречаются также следующие *дополнительные симптомы*:

замедление мышления, снижение способности думать и сосредоточиться; неадекватно низкая самооценка, идеи собственной никчемности, виновности, отсутствие уверенности в себе, трудность в принятии решений;

пессимистическая оценка внешнего мира, своего прошлого и будущего;

мысли о смерти и нежелании жить, стремление нанести себе повреждение или даже покончить с собой;

аффективные иллюзии, психические гипестезии.

Очень характерные симптомы депрессии – *нарушения вегетативных (соматических) функций*:

снижение аппетита и потеря веса (по DSM-IV этот симптом считается положительным, если пациент потерял за последний месяц 5 % и более своего первоначального веса);

расстройство сна в виде ранних утренних пробуждений;

снижение либидо, нарушения менструального цикла;

боли в сердце, тахикардия, тяжесть и сдавление в груди («предсердная тоска»), колебания артериального давления;

запоры, сухость кожи и слизистых оболочек и др.

4. Депрессивный эпизод – степени тяжести

Согласно МКБ-10, впервые в жизни переносимое человеком состояние депрессии называется депрессивным эпизодом, который может быть трех степеней тяжести.

Для постановки диагноза **легкого депрессивного эпизода** необходимо выявление следующих критериев:

1. Наличие по крайней мере 2 из 3 основных симптомов депрессии.

2. Наличие, кроме того, хотя бы еще 2 из числа дополнительных симптомов.

3. Ни один из указанных симптомов не должен достигать глубокой степени. Пациент при этом хотя и испытывает затруднения, однако в целом сохраняет способность выполнять основные социальные и профессиональные функции.

4. Минимальная продолжительность такого состояния должна составлять примерно 2 недели.

Критериями постановки диагноза депрессивного эпизода **умеренной тяжести** (умеренного депрессивного эпизода) являются следующие признаки:

1. Наличие по крайней мере 2 из числа основных симптомов депрессии.

2. Наличие наряду с этим хотя бы еще 3–4 из перечня дополнительных симптомов.

3. Симптомы выражены в такой степени, что пациент испытывает серьезные затруднения в выполнении как профессиональных, так и домашних обязанностей.

4. Минимальная продолжительность состояния – примерно 2 недели.

Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов может быть диагностирован при наличии следующих условий:

1. Присутствуют все 3 из числа основных плюс 4 и более из числа дополнительных симптомов депрессии, причем хотя бы часть из них выражена в тяжелой степени.

2. Симптомы проявляются столь значительно, что пациент не может или почти не может продолжать не только профессиональную и социальную деятельность, но даже выполнять простые домашние обязанности.

3. Продолжительность состояния 2 недели и более, однако при остром и тяжелом начале этот диагноз может быть поставлен и ранее 2 недель.

Такие состояния особенно опасны в плане суицидов.

Если тяжелая депрессия сопровождается наличием иной, недепрессивной, симптоматики – бреда, галлюцинаций, ступора, автоматизмов и т.д., то такое состояние расценивается как **тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами**.

5. Рекуррентные, ларвированные, психотические депрессивные синдромы

Диагноз **рекуррентного депрессивного расстройства** выставляется, если в анамнезе пациента с депрессией имеется указание, что ранее он уже переносил депрессивный эпизод любой степени тяжести, но нет данных о перенесении гипомании или мании.

Нередко начало депрессивных эпизодов совпадает с психоэмоциональным стрессом. Продолжительность депрессий при РДР в среднем составляет 5–6 месяцев. Частота приступов в целом ниже, чем при биполярном расстройстве, средняя продолжительность интермиссий – 3–4 года, к старости частота и длительность приступов обычно нарастают. В межприступном периоде сохраняется, как правило, состояние полного здоровья.

Ларвированные депрессии (ЛД) – группа атипичных субдепрессивных синдромов. Их сутью является то, что ведущий симптом – *тоска* – не находит

отражения в субъективных переживаниях больного и его жалобах. Подавляющий удельный вес в этих переживаниях занимают факультативные симптомы (сенестопатии, парестезии, алгии, навязчивости, вегетовисцеральные и сексуальные расстройства), которые маскируют аффект тоски.

Депрессивные (психотические) синдромы. При тревожной (тревожно-ажитированной) депрессии *ведущие симптомы* – выраженная тревога и аффект тоски. *Обязательные симптомы* – тревожно-депрессивное возбуждение (ажитация), доходящее порой до раптуса (исступленное возбуждение), и ускорение темпа мышления вплоть до вербигерации. *Дополнительные симптомы* – галлюцинозоподобный бред виновности, греховности, эпизоды бреда осуждения, суицидальные мысли и действия, могут встречаться слуховые и зрительные иллюзии, содержание которых отражает господствующий аффект и бредовую идею.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Что представляют собой аффективные расстройства и какие их основные синдромы?
2. Какие параметры заложены в классификацию синдромов аффективных расстройств?
3. Какие симптомы обязательны для типичных аффективных синдромов?
4. Какие симптомы свидетельствуют об атипичности аффективных синдромов?
5. Что характеризует психотический и непсихотический уровень аффективных синдромов?
6. Какова распространенность и риск возникновения депрессии?
7. Какие факторы этиологически могут формировать депрессию?
8. Какие симптомы депрессии являются основными?
9. Назовите дополнительные симптомы депрессии.
10. Какие нарушения вегетативно-соматических функций характерны для депрессии?
11. Что называется депрессивным эпизодом?
12. Какие симптоматические критерии необходимы для постановки диагноза:
 - а) легкого депрессивного эпизода?
 - б) депрессивного эпизода умеренной тяжести?
 - в) тяжелого депрессивного эпизода?
 - г) тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами?
13. На основании каких признаков и симптомов устанавливается диагноз рекуррентного депрессивного расстройства?
14. Чем характеризуются ларвированные депрессии?
15. Охарактеризуйте депрессивные психотические синдромы.

Литература: [1, с. 143–150]; [2, с. 76–78, 85–92]; [3, с. 67–78]; [6, с. 183–189]; [7, с. 138–153]; [8, с. 276–287]; [6д, с. 141–160]; [10д, с. 207–210].

ТЕМА 15. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ МАНИАКАЛЬНЫХ И СМЕШАННЫХ АФФЕКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

1. *Понятия и распространенность маний и биполярных расстройств.*
2. *Типичные маниакальные непсихотические и психотические синдромы.*
3. *Смешанные (биполярные) аффективные синдромы.*
4. *Хронические расстройства настроения.*
5. *Дифференциальная диагностика депрессий и маний.*
6. *Психотерапия аффективных расстройств.*

1. Понятия и распространенность маний и биполярных расстройств

Мания (*маниакальный эпизод*) – изменение аффекта, диаметрально противоположное депрессии и проявляющееся неадекватно приподнятым настроением, гипербулией – повышенной активностью, возбуждением, жадной деятельностью, непоколебимым, «непробиваемым» оптимизмом, самоуверенностью с переоценкой себя и т.д.

Частые симптомы мании – ускоренное мышление и речь, повышенная отвлекаемость, говорливость, фамильярность в общении с окружающими, отсутствие потребности в сне и отдыхе, расторможенность инстинктов в виде гиперсексуальности, повышенного аппетита, стремления бросаться деньгами, пускаться в авантюры и др.

При возникновении в течении депрессивного синдрома гипо- или маниакального эпизода или наоборот, то данное расстройство классифицируют как биполярное аффективное.

Распространенность **биполярного аффективного расстройства** не зависит от пола, риск заболеть им в течение жизни составляет примерно 1 % для мужчин и женщин. По сравнению с РДР болезнь начинается в более раннем возрасте (20–25 лет), приступы ее короче (2–3 месяца), но возникают чаще – в среднем пациент переносит за жизнь около 10 приступов. Частота наследственной отягощенности в сравнении с РДР заметно выше.

У значительного большинства (более 80 %) больных БАР наблюдаются как маниакальные, так и депрессивные приступы, монополярноманиакальное течение болезни встречается очень редко.

2. Типичные и атипичные маниакальные непсихотические и психотические синдромы

Для установления диагноза гипомании по МКБ-10 необходимо, чтобы: подъем настроения (эйфория) пациента продолжался хотя бы несколько дней;

степень выраженности симптомов (ускоренное мышление, повышенная активность, излишняя общительность и самоуверенность, гиперсексуальность, уменьшение потребности в сне, склонность к трате денег и др.) была столь невелика, что не нарушала бы социального и профессионального функционирования пациента.

Гипоманиакальный (непсихотический) синдром. *Ведущий симптом* – умеренно выраженная эйфория с преобладанием чувства радости бытия. *Обязательные симптомы* – нередко выражены маниакальная гипербулия с субъективным ощущением творческого подъема и повышением продуктивности, несмотря на отвлекаемость внимания, и ускорение темпа мышления.

Маниакальный (непсихотический) синдром, мания классического типа. *Ведущий симптом* – выраженная эйфория с ощущением безмерного счастья, радости, восторга. *Обязательные симптомы* – маниакальная гипербулия с повышенной отвлекаемостью, в силу чего значительной страдает продуктивность мышления; ускорение его темпа с тематической отклоняемостью может доходить до «скачки идей». *Дополнительные симптомы* – переоценка качеств своей личности, достигающая степени сверхценной идеи величия.

Маниакальные (психотические атипичные) синдромы. Маниакальный синдром с преобладанием идей величия. *Ведущий симптом* – умеренно выраженная эйфория с колебаниями аффекта от приподнято-благодушного до гневливо-раздражительного. *Особенность гипербулии* – характерный оттенок поведения, проявляющийся в горделивых позах, осанке, жестикуляции, обличительном или приказном тоне беседы. Мышление и речь обычно несколько ускоренны, «скачки идей» не бывает. Выраженность *дополнительных симптомов* в виде бреда величия значительна и не соответствует степени выраженности ведущего и обязательных симптомов. Содержанием бреда величия могут быть идеи реформаторства, изобретательства, научных открытий, убеждения в особо выдающихся способностях и талантах.

Встречается в тех же случаях, что и классическая мания.

Гневливая мания. *Ведущий симптом* – нередко выраженная эйфория, доминирует раздражительно-гневливый аффект. *Обязательные симптомы* – маниакальная гипербулия, в которой преобладают активная «борьба за справедливость».

Отмечается при сочетании маниакально-депрессивного психоза с резидуально-органическим поражением головного мозга.

Экстатически-экзальтированная мания. *Ведущий симптом* – эйфория с преобладанием торжественно-приподнятого настроения, чувства радостного благоговения, слезливого умиления. Эйфорическая гипербулия и ускорение темпа мышления выражены незначительно или отсутствуют.

Встречается при атипичном по структуре фаз маниакально-депрессивном психозе, приступообразной шизофрении, эпилепсии (как вариант эпилептического психоза), органических поражениях головного мозга.

3. Смешанные (биполярные) аффективные синдромы

Депрессия с возбуждением. *Ведущий симптом* – постепенно нарастающая тоска. Несмотря на появление тоски, еще сохраняются такие обязательные симптомы маниакального состояния, как гипербулия и ускорение темпа мышления.

Маниакальное состояние с торможением возникает при смене депрессивной фазы на маниакальную. *Ведущий симптом* – постепенно нарастающая эйфория, но еще некоторое время сохраняется двигательная и идеаторная заторможенность.

Синдром дисфории. *Ведущие симптомы* – сочетание аффективных расстройств гипостенического (тоска, тревога, страх) и гиперстенического (злоба, гнев) полюсов. Настроение в связи с этим тоскливо-мрачное, отмечаются злобность, страх, тревога, раздражительность. *Обязательные симптомы* – целенаправленная гипербулия, которая черпает содержание в ведущем аффекте и выражается в агрессивных и суицидальных тенденциях и поступках, конфликтности, придиристичности. *Дополнительным симптомом* может быть персекуторная бредовая настроенность. Для дисфорий характерно приступообразное или пароксизмальное течение.

Встречаются при эпилептической болезни, органических поражениях головного мозга.

Смешанные аффективные синдромы встречаются, как правило, в период смены полюса аффективных расстройств при биполярных психозах или при завершении фазы маниакально-депрессивного психоза.

4. Хронические расстройства настроения

Циклотимия. Представляет собой как бы редуцированную, смягченную форму БАР, при которой у пациента без связи с внешними событиями происходит постоянное чередование периодов слегка сниженного и слегка приподнятого настроения. Продолжительность аффективных циклов здесь весьма мала, иногда смена настроения происходит за несколько часов или суток. Несмотря на легкость колебаний аффекта при циклотимии, они значительно затрудняют жизнь пациента и его отношения с внешним миром.

Дистимия. Представляет собой состояние хронической, длящейся годами *субдепрессии*, выраженность которой в то же время столь мала, что не отвечает критериям даже легкого депрессивного эпизода. Минимальная продолжительность периода пониженного настроения для постановки диагноза дистимии должна составлять 2 года.

Кроме того, различают другие формы аффективных расстройств:

Сезонное аффективное расстройство (САР) представляет собой вариант рекуррентной депрессии или биполярного расстройства, при котором приступы заболевания возникают преимущественно в одно и то же время года. Обычно поздней осенью или ранней зимой.

Биполярные расстройства с быстрыми циклами – к ним относятся случаи, когда пациент переносит за год 4 и более эпизода болезни (депрессивных, гипоманиакальных, маниакальных или смешанных).

В группу **вторичных депрессивных расстройств** собраны случаи, когда расстройство настроения является вторичным к другому психическому либо соматическому заболеванию.

В группу **послеродовой депрессии** отнесены состояния, связанные с родами. Встречается очень часто и протекает в трех формах – так называемые послеродовые блюзы, легкая и умеренная послеродовая депрессия и послеродовой психоз со смешанной картиной.

5. Дифференциальная диагностика депрессий и маний

Дифференциальная диагностика депрессии включает в себя прежде всего случаи *непатологических колебаний настроения* (грусть, печаль, подавленность) у *психически здорового человека*. Отличия их от депрессии состоят в том, что они возникают по определенной причине, психологически понятны, при этом, как правило, не страдает самооценка человека, у него не возникает чувства вины, сохраняется уважение к себе. Пессимистическая оценка не распространяется на прошлое и в особенности на будущее; соматические (вегетативные) симптомы или менее выражены, или отсутствуют. Продолжительность непатологических колебаний настроения, как правило, невелика и не достигает требуемых для постановки диагноза депрессии двух недель.

Депрессивные расстройства нередко возникают как вторичное проявление различных соматических и неврологических заболеваний (*вторичное депрессивное расстройство*).

Дифференциальный диагноз мании также проводится с маниакальными состояниями, вызванными соматическими и неврологическими заболеваниями (опухоли, рассеянный склероз, системная красная волчанка, гипертиреоз, туберкулез и др.), приемом ряда лекарств и наркотиков.

Ход дифференциальной диагностики здесь очевиден и состоит в исключении соматических расстройств, сборе лекарственного и наркологического анамнеза.

Вполне очевидно, что некоторые симптомы мании, и особенно депрессии, могут встречаться также в качестве одного из проявлений большого числа иных (неаффективных) психических расстройств.

6. Психотерапия аффективных расстройств

Роль психотерапии минимальна, когда пациент находится в состоянии тяжелой депрессии либо депрессии с психотическими симптомами, однако она резко возрастает в тех случаях, когда депрессия неглубока.

Цель психотерапии – поддержание «эго» пациента, развитие у него чувства собственного достоинства и независимости, способности открыто выражать свои чувства, исправление порожденных болезнью ошибочных, иррациональных суждений, формирование новых, недепрессивных форм поведения и межличностных отношений.

В терапии депрессий используются:

когнитивная (познавательная) и поведенческая (бихевиоральная) терапия, имеющая цель изменить ошибочные суждения и формы поведения пациента, помочь ему в выработке способности справляться с текущими жизненными трудностями;

индивидуальная психотерапия, базирующаяся на психодинамических принципах, проводимая как в форме короткого (5–10 сеансов), так и длительного (до нескольких лет) курсов; особенно показана для легких и хронических форм депрессии (дистимии);

групповая психотерапия, ставящая целью развитие уверенности в себе, тренировки социальных навыков и взаимоотношений;

психоаналитическая терапия и др.

Психотерапия, семейные и социальные воздействия имеют определенное значение в терапии не резко выраженных маниакальных состояний. Если лечение проводится вне стационара, необходимо создание правильной обстановки – максимальное ограничение сенсорных стимулов, контактов, покой. Роль психотерапии и социальной поддержки возрастает при выходе больного из состояния мании, когда пациент начинает осознавать негативные последствия своего болезненного поведения.

Случаи более-менее выраженной мании требуют преимущественно фармакотерапии.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Какая наиболее характерна триада симптомов при маниях?
2. Дайте понятие о биполярных аффективных расстройствах.
3. Какова распространенность БАР? Их отличие от рекуррентных депрессивных расстройств.
4. Какие диагностические критерии и к каким типам маниакальных синдромов относится гипомания?
5. Какие ведущие и обязательные симптомы гипоманиакального (непсихотического) синдрома?
6. Дайте характеристику маниакального (психотического) синдрома. Какие ведущий, обязательные и дополнительные симптомы, их особенности?
7. Назовите ведущие и дополнительные симптомы, их особенности при атипичных психотических маниакальных синдромах.

8. При каких психических расстройствах характерны гипо- и маниакальные синдромы?

9. Какие особенности ведущего и обязательных симптомов при гневливой мании, при какой психопатологии встречаются?

10. Какие характерные отличия маний от таковых с психотическими симптомами?

11. Какие особенности симптоматики при БАР-депрессии с возбуждением?

12. Какой ведущий симптом маниакального состояния с торможением, при какой психопатологии отмечается?

13. Какие характерные ведущие и обязательные симптомы при синдроме дисфории?

14. Какой дополнительный симптом и какое течение характерны для синдрома дисфории?

15. Что представляет циклотимия, ее характерные отличия от БАР, чем сопровождается для больного?

16. Какие критерии диагностики, прогноз состояния больных с дистимией?

17. Дайте характеристику сезонного аффективного расстройства.

18. Какие особенности течения биполярного расстройства с быстрыми циклами?

19. Какой характер формирования вторичных депрессивных расстройств?

20. Приведите дифференциальную диагностику депрессий от непатологических колебаний настроения (по симптомам продолжительности).

21. Дайте дифференциальную диагностику депрессий и маний от вторичных аффективных расстройств.

22. Какова цель психотерапии аффективных расстройств?

23. В каких условиях психотерапия аффективных расстройств нецелесообразна?

24. Приведите методы психотерапии депрессий и маний.

Литература: [1, с. 150–154]; [2, с. 78–79, 93–97, 110–112]; [6, с. 183–185]; [7, с. 139–145]; [8, с. 276–287]; [6д, с. 147–155]; [10д, с. 207–210].

ТЕМА 16. ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. *Общая характеристика тревожных расстройств: непатологическая и патологическая тревога.*
2. *Причины и механизмы развития тревожных и связанных со стрессом расстройств.*
3. *Классификация, этапы диагностики тревожных расстройств.*
4. *Дифференциальная диагностика и общие положения лечения пациентов с тревожными расстройствами.*
5. *Принципы психотерапии пациентов с тревожными расстройствами.*
6. *Формы тревожных расстройств – паническое расстройство (ПР), критерии диагностики, обучение пациентов.*
7. *Генерализованное тревожное расстройство (ГТР), критерии диагностики, психотерапия.*
8. *Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (СТДР).*
9. *Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), проявления, диагностические критерии.*
10. *Фобические расстройства: изолированные (специфические) и социальные фобии, понятия, диагностические критерии, психотерапия.*

1. Общая характеристика тревожных расстройств: непатологическая и патологическая тревога

Тревожные расстройства представляют собой самую распространенную группу среди всех психических и поведенческих расстройств современного человека. Переживание тревоги – одна из самых частых эмоций человека в современном мире, и каждый из нас почти ежедневно испытывает разные варианты этого чувства. Тревога здорового человека – это диффузное неясное ощущение надвигающейся или весьма вероятной в перспективе опасности и угрозы, которое всегда сопровождается двигательным беспокойством, изменением восприятия окружающего мира, а также комплексом знакомых каждому телесных ощущений – сердцебиением, затруднением дыхания, тремором, сухостью во рту, потными ладонями, подташниванием, учащенным мочеиспусканием, неприятными ощущениями в животе и т.д. Близкой к тревоге эмоцией является **страх**. Отличие его в том, что он представляет собой реакцию на опасность определенную, близкую, непосредственную, когда характер опасности уже совершенно ясен. Как и тревога, страх всегда сопровождается множеством вегетативных проявлений.

В биологическом плане **тревога** – это разновидность стресса, который последовательно проявляется сначала на нейроэндокринном, затем на висцеральном и в конце – на психическом и поведенческом уровнях.

Все многообразие тревожных состояний может быть классифицировано следующим образом:

1. Непатологическая тревога психически и соматически здоровых людей.
2. Повышенная тревожность как черта характера.
3. Тревога при ряде соматических заболеваний (соматогенная тревога).
4. Тревога в структуре других психических заболеваний.
5. Собственно тревожные расстройства.

2. Причины и механизмы развития тревожных и связанных со стрессом расстройств

В сравнении с другими формами психической патологии причины тревожных расстройств относительно хорошо изучены. В целом считается, что в возникновении тревожных расстройств играют роль три группы факторов:

- психосоциальный стресс;
- биологические причины;
- поведенческие (бихевиоральные) механизмы.

Взгляды о преимущественно *психосоциальных* причинах тревожных расстройств, согласно которым эта патология вызывается различными социальными стрессорами и межличностными конфликтами, преобладали в прежние десятилетия.

Исследования *биологических* механизмов показали, что тревожность связана с наличием у индивида повышенной генетической подверженности, которая реализуется через изменения обмена нейромедиаторов в головном мозге.

Поведенческая (бихевиоральная) модель подчеркивает роль условно-рефлекторных механизмов и социального научения в возникновении и закреплении ряда симптомов тревожных расстройств.

3. Классификация, этапы диагностики тревожных расстройств

В МКБ-10 выделены следующие основные формы (группы) тревожных и связанных со стрессом расстройств: *тревожные, тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные*, а также *реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации*.

При диагностике этих расстройств необходимо соблюдение определенной последовательности – этапности.

Этап 1. Сбор информации

Вопросы врача в начале интервью должны быть только открытыми, важно сразу побудить пациента как можно свободнее сформулировать причины обращения за помощью и поддержать любые его попытки обсудить психологические или межличностные проблемы. Первые 2–3 минуты пациента нельзя перебивать, останавливать или задавать закрытые и наводящие вопросы.

Наличие тревожного расстройства следует предположить уже тогда, когда пациент описывает симптоматику функционирования нескольких органов и систем, которая не укладывается в ясную картину какого-либо распространенного соматического заболевания, а среди жалоб пациента есть хотя бы 3–4 симптома из числа описанных ранее проявлений тревоги. После такого предположения следует целенаправленно ставить полуоткрытые и закрытые вопросы для проверки наличия остальных симптомов.

Этап 2. Оценка психического состояния

Необходимо обратить внимание на различные внешние проявления тревоги – неусидчивость, сидение на краешке стула, потребность менять положение тела, беспокойные руки и ноги, стремление увеличить дистанцию с собеседником или спрятаться за физическим барьером (закрытая поза, скрещенные руки, сумка на коленях), избегание взгляда, учащенное дыхание, отрывистая речь, вздрагивание при посторонних звуках, потные ладони и т.д.

Этап 3. Соматическое обследование

При первой встрече с пациентом соматическое обследование должно быть проведено обязательно, даже если врач убежден, что перед ним пациент с диагнозом патологической тревоги.

Этап 4. Постановка диагноза и информирование пациента

После того как диагноз тревожного расстройства поставлен, очень важно достаточно полно проинформировать пациента о его заболевании. Это имеет большой психотерапевтический смысл.

4. Дифференциальная диагностика и общие положения лечения пациентов с тревожными расстройствами

Фармакогенная тревога. Нередко возникает в результате:

употребления кортикостероидов в высоких дозах;

приема противоастматических средств (эфедрин, эуфиллин, солутан, эуспиран, изадрин и др.);

интоксикации кофеином, амфетаминовыми психостимуляторами или никотином у тяжелых курильщиков.

Тревога при алкогольной зависимости. Как известно, тревога бывает частым проявлением алкоголизма, особенно в состояниях отмены, и требует в этих случаях совершенно других мер вмешательства.

Тревога в ходе некоторых соматических заболеваний. Может возникать вторично при ряде серьезных соматических заболеваний. Дифференциальный диагноз (чаще с ПР) строится на основании результатов соматического обследования.

Тревожные и связанные со стрессом расстройства в целом вполне курбельные состояния, и именно в этой области современная психиатрия и психофармакология добились значительного прогресса. Все многообразные методы

их лечения в соответствии с причинами, которые вызывают эту патологию, могут быть разделены на 3 группы:

фармакотерапия, которая воздействует на биологические причины тревоги, преимущественно на обмен нейромедиаторов в головном мозге;

психотерапия, в основном когнитивно-бихевиоральная, направленная на поведенческие механизмы возникновения тревоги;

методы, воздействующие на среду, окружающую пациента, и имеющие целью уменьшить психосоциальный стресс.

5. Принципы психотерапии пациентов с тревожными расстройствами

В лечении тревожных расстройств используются самые разные психотерапевтические способы и приемы – от весьма простых до сложных, относящихся к компетенции специально обученного психотерапевта: поведенческая (бихевиоральная) терапия, в том числе систематическая десенсибилизация, экспозиция, метод «наводнения» и др., гипноз, аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, биологическая обратная связь и др.

Методы, воздействующие на среду. Работа с семьей

Важность этих методов обусловлена, во-первых, тем, что семейные и средовые факторы играют важную роль в возникновении и поддержании тревожных расстройств, а во-вторых, эта патология грубо нарушает семейное и социальное функционирование человека.

Цель семейной терапии – объяснение членам семьи происходящего с пациентом (т.е. того, что это – болезнь). Понимание происходящего делает возможным участие семьи в лечении близкого человека.

6. Формы тревожных расстройств – паническое расстройство (ПР), критерии диагностики, обучение пациентов

Паническое расстройство (синоним: *эпизодическая пароксизмальная тревога*). Распространенность – 1,5–2 %, соотношение больных женщин и мужчин около 2:1. Типичный возраст начала – 21–30 лет.

Проявляется возникающими без видимой внешней причины приступами острой тревоги (паники), сопровождающимися комплексом типичных соматовегетативных нарушений. Приступы эти внешне напоминают состояния, возникающие у каждого здорового человека в ситуациях внезапной угрозы его жизни и благополучию. Телесные проявления ПР включают:

затруднение дыхания или чувство нехватки воздуха, удушье;

сердцебиение, тахикардию, чувство трепетания в груди – «*сердце дрожит*», «*колотится*» или «*выскакивает из груди*»;

ощущение боли или дискомфорта в грудной клетке;

ощущение озноба или прилив жара;

тремор конечностей или всего тела;

потливость;
тошноту, рвоту, дискомфорт в области желудка;
парестезии (ощущение покалывания в руках и ногах);
чувство нереальности окружающего мира (дереализация) или отчуждения и нереальности самого себя (деперсонализация);
страх умереть, либо сойти с ума, либо потерять контроль над собой.

Такой приступ возникает остро и длится от 5 до 30 минут. Частота их различна – от нескольких раз в день до нескольких в месяц, в среднем 2–3 в неделю.

В связи со всем описанным у пациента часто формируется тревожное ожидание наступления следующего приступа (**опережающая тревога**) и так называемое **избегающее поведение**, что со временем ломает весь его жизненный стереотип.

Наиболее часто паническое расстройство сопровождается агорафобией – страхом пребывания в тех местах или ситуациях, где приступы уже были неоднократно.

Критериями для постановки диагноза являются:

наличие спонтанно возникающих повторных приступов паники в ситуациях, объективно не несущих опасности, либо одного такого приступа при условии, чтобы затем на протяжении хотя бы одного месяца было ощущение постоянной тревоги из-за возможности повторения приступа или из-за его последствий (боязнь умереть, сойти с ума и т.д.);

наличие в приступе хотя бы 4 из числа перечисленных соматовегетативных симптомов;

отсутствие соматических и неврологических заболеваний, которые могли бы вызывать сходные состояния;

отсутствие связи возникновения приступов с интоксикацией психоактивными веществами (например, психостимуляторами) или приемом лекарств.

У этих больных высок риск суицида, примерно у 20 % из них развивается алкогольная и лекарственная зависимость (обычно от транквилизаторов) как результат безуспешного самолечения.

Важно обучение пациента правильному поведению во время приступа.

7. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР), критерии диагностики, психотерапия

Генерализованное тревожное расстройство проявляется стойкой, монотонной и диффузной (так называемой свободно плавающей) тревогой по поводу самых разных жизненных событий, реальная вероятность наступления которых весьма мала. Внешне это напоминает тревожность здорового человека, однако отличается от здоровой тревоги тем, что не имеет психологически понятной причины, а тревога и ее вегетативные проявления столь выражены и постоянны, что становятся мучительными и нарушают социальную и профессиональную жизнь пациентов.

Диагностические критерии ГТР по МКБ-10 включают:

наличие постоянной тревоги и беспокойства по поводу возможных жизненных событий на протяжении нескольких месяцев (более 6 месяцев), что проявляется пугливостью, трудностью концентрации внимания, нетерпеливостью, нарушением засыпания;

наличие характерных проявлений в двигательной сфере (мышечная скованность, дрожь, неусидчивость, суетливость, невозможность расслабиться, боли в мышцах, головные боли напряжения);

симптомы вегетативной гиперактивности (тахикардия, учащенное дыхание, потливость, сухость во рту, озноб, учащенное мочеиспускание, дискомфорт в эпигастральной области, ощущение комка в горле и т.д.).

Распространенность ГТР составляет 2–5 % населения, соотношение женщин и мужчин – 2:1, начинается обычно в молодости и имеет хроническое, многолетнее волнообразное течение с периодами улучшений и обострений.

Важны психосоциальные и психотерапевтические воздействия на больного. Всегда нужно дать возможность пациенту выговориться на приеме, обсудить с ним его тревоги и опасения. В ходе лечения необходимо подчеркивать, что цель терапии состоит не в том, чтобы раз и навсегда избавиться от тревоги с помощью какого-то препарата, а научиться самому контролировать тревогу, руководить ею.

Из психотерапевтических методик используются аутотренинг, медитация и мышечная релаксация, а также когнитивно-бихевиоральные приемы. При ГТР крайне важно увеличить физическую активность, а также ограничить прием кофеина, алкоголя и курение.

8. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (СТДР)

Диагноз смешанного тревожно-депрессивного расстройства используется в случаях, когда в состоянии пациента примерно в одинаковой степени представлены симптомы как тревоги, так и депрессии, т.е. наряду с тревогой и ее вегетативными проявлениями наблюдаются также сниженное настроение, утрата прежних интересов и способности получать удовольствие, мыслительная и двигательная заторможенность, потеря уверенности в себе и т.д. При этом состояние пациента не удается прямо связать с какими-либо психотравмирующими событиями и жизненными стрессами.

Распространенность СТДР – около 5 %, соотношение женщин и мужчин – 2:1.

Как и при ГТР, важно обучение пациента навыку самостоятельно справляться с тревогой, т.е. определение ситуаций, в которых она возникает, и составление пациентом плана действий при этом. Полезно также обучение мышечной релаксации.

9. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), проявления, диагностические критерии

Основными проявлениями обсессивно-компульсивного расстройства являются *обсессии* и *компульсии*. **Обсессии (навязчивости)** – часто повторяющиеся непроизвольно возникающие и тягостные для человека мысли, чувства и импульсы. **Компульсии (обсессивные ритуалы)** – действия, которые при всей своей внешней целесообразности (многократное мытье рук при страхе заражения, проверки и перепроверки сделанного, уборка помещений и т.д.) в действительности совершаются человеком с целью снизить тревогу, вызванную обсессиями. При этом пациент осознает нелепость своих опасений и ритуалов, борется с этим, но ничего поделать не может. О диагнозе ОКР в отличие от эпизодических навязчивостей можно говорить тогда, когда они постоянно повторяются, существенно нарушают функционирование пациента и причиняют ему страдание. У значительного большинства больных ОКР присутствуют как обсессии, так и компульсии одновременно.

Распространенность – 1,5–2 %, соотношение мужчин и женщин – 1:1. Типичный возраст начала – 15–25 лет, течение хроническое. Образовательный и интеллектуальный уровень пациентов с этим расстройством обычно несколько выше, чем в среднем в популяции, где они проживают.

Диагностические критерии ОКР по МКБ-10:

обсессии и компульсии должны продолжаться, как минимум 2 недели подряд, быть мучительными для пациента и постоянно повторяться;

обсессии должны расцениваться пациентом как собственные мысли или импульсы;

должны быть хотя бы одна мысль или действие, которым пациент оказывает сопротивление;

мысль о выполнении действий не должна быть пациенту приятна.

Течение ОКР хроническое, с периодами улучшений и обострений. С возрастом симптоматика, как правило, ослабевает и в пожилом возрасте встречается значительно реже.

В качестве нелекарственных методик часто применяется поведенческая терапия: пациенту предлагается умышленно сталкиваться с объектами и ситуациями, вызывающими тревогу, и оставаться в них до полного исчезновения тревоги, не прибегая к ритуалам (компульсиям).

10. Фобические расстройства: изолированные (специфические) и социальные фобии, понятия, диагностические критерии, психотерапия

Изолированные фобии (ИФ) представляют собой постоянный иррациональный страх перед каким-либо объектом или ситуацией, что ведет к избеганию их человеком. При этом избегающее поведение сопровождается тревогой

и заметно нарушает ход жизни пациента, затрудняя выполнение им социальных, профессиональных и других функций и доставляя ему страдание.

При столкновении с фобическим стимулом у пациента возникают психические и соматовегетативные проявления тревоги, описанные ранее.

Распространенность ИФ достигает 3–5 %, соотношение женщин и мужчин близко 2:1. Они обычно начинаются в детстве и юности и с возрастом чаще всего уменьшаются или вовсе исчезают.

Диагностические критерии ИФ по МКБ-10:

тревога должна ограничиваться определенным фобическим объектом или ситуацией;

психические и вегетативные симптомы являются первичными проявлениями тревоги, а не вторичны к другим симптомам (например, к бреду);

пациент избегает фобической ситуации, когда это только возможно.

Наиболее характерная разновидность **социальных фобий** (СФ) – страх перед публичными выступлениями.

Распространенность СФ составляет 3–5 %, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Обычно начинаются в подростковом и юношеском возрасте.

Диагностические критерии СФ по МКБ-10:

тревога ограничивается только определенными социальными ситуациями; психологические, поведенческие или вегетативные симптомы не вторичны по отношению к другим нарушениям (например, к бреду или навязчивым идеям);

значительная выраженность избегающего поведения.

Хорошие результаты дает психотерапия в качестве систематической десенсибилизации, при которой пациент составляет перечень ситуаций, вызывающих тревогу, и располагает их от самых легких до наиболее тяжелых, после чего постепенно, шаг за шагом, учится справляться с тревогой в каждой из ситуаций. Хорошие результаты дают также занятия в группах по тренировке социальных навыков, проводимые психотерапевтом.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Как переживаются тревоги и страхи в нормальной социально-психологической сфере?

2. Какой биологический характер тревоги в норме и при соматопсихиатрической патологии?

3. Дайте классификацию тревожных состояний.

4. Какие психосоциальные причины тревожных расстройств?

5. Расскажите про биологические и поведенческие механизмы тревоги.

6. Какие этапы диагностики тревожных расстройств (ТР)?

7. Приведите классификацию форм (групп) тревожных расстройств.

8. В чем суть дифференциальной диагностики ТР с фармакогенной, алкогольной и соматогенной тревогой?
9. Какие группы методов применяют для лечения?
10. Какие принципы психотерапии и приемы облегчения состояния ТР?
11. Что такое паническое расстройство, его характер, распространенность, длительность?
12. Какие ведущие и основные соматовегетативные симптомы при паническом расстройстве?
13. Чем характеризуются приступы, опережающая тревога и поведение больных с ПР?
14. Какие критерии диагностики ПР?
15. В чем суть научающего поведения пациентов во время приступов ПР?
16. Дайте характеристику генерализованного тревожного расстройства.
17. Какие диагностические критерии ГТР?
18. Каковы распространенность, течение и психотерапия больных с ГТР?
19. Какой характер смешанного тревожно-депрессивного расстройства, принципов диагностики, психотерапии?
20. Обсессивно-компульсивные расстройства – их характеристика, диагностика и отличие от эпизодических навязчивостей.
21. Какие диагностические критерии ОКР, их течение?
22. Дайте понятие о фобических расстройствах (характеристика и течение).
23. Какие диагностические критерии фобических расстройств?
24. Социальные фобии – дайте характеристику симптомов, диагностических критериев.
25. Какие особенности психотерапии больных с фобическими расстройствами?

Литература: [1, с. 91–93]; [2, с. 123–149]; [7, с. 159–171]; [8, с. 373–396]; [бд, с. 161–176].

ТЕМА 17. АДАПТАЦИОННО-СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. *Общие положения в отношении реакций на тяжелый стресс и нарушения адаптации.*
2. *Острая реакция на стресс.*
3. *Расстройства адаптации (АР), варианты, психотерапия.*
4. *Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).*
5. *Непатологическая реакция горя (НРГ).*

1. Общие положения в отношении реакций на тяжелый стресс и нарушения адаптации

Эта категория включает группу часто встречающихся в жизни и общей медицинской практике расстройств, возникающих в результате воздействия на человека тяжелых жизненных событий, – так называемый психосоциальный стресс. Необходимое условие для отнесения расстройств в эту группу, помимо тесной связи со стрессом, – отсутствие у человека каких-либо отчетливых симптомов другого заболевания до встречи со стрессором, а также выраженность симптоматики до степени, нарушающей выполнение социальных и бытовых функций.

Значимость стрессора и характер ответа на стресс очень индивидуальны и зависят от системы жизненных ценностей, принятых в обществе или в социальной группе норм и правил, возраста человека, его личностных особенностей, наличия сопутствующих соматических заболеваний и др.

Знание обсуждаемой в данном разделе патологии важно по следующим причинам:

- ее высокая распространенность;
- наличие при этих расстройствах большого числа соматовегетативных симптомов и жалоб, нередко имитирующих картину телесного заболевания;
- пограничный, непсихотический характер большинства указанных нарушений, их близость к обычным, непатологическим проявлениям душевной жизни человека.

Последнее обстоятельство сближает рассматриваемую область с областью социально-психологического консультирования, психологической помощи в трудных жизненных ситуациях, деятельностью различных социальных служб.

2. Острая реакция на стресс

Острые реакции на стресс представляют собой группу тяжелых, хотя кратковременных и обратимых, психических расстройств, возникающих как непосредственный ответ на психосоциальные стрессоры чрезвычайной силы и интенсивности, например землетрясения, пожары, боевые действия, транспортные аварии, внезапную смерть кого-либо из близких и т.д.

Симптоматика возникает сразу же после травмы и проявляется либо панической тревогой, страхом, неупорядоченным психомоторным возбуждением с бесцельными метаниями, бегством (фуга), либо обездвиженностью (аффектогенный ступор). Сознание больного резко сужено – он не узнает окружающих и не ориентируется во внешней обстановке. Все это существенно затрудняет оказание ему медицинской помощи. Обильно выражены вегетативные проявления тревоги, сходные с таковыми при паническом приступе. Состояние это длится от нескольких минут до 2–3 часов, максимум до 2–3 суток, после выхода из него обнаруживается частичная или полная аффектогенная амнезия и выраженная астения. До выхода из болезненного состояния и прояснения сознания пациент нуждается в постоянном наблюдении.

3. Расстройства адаптации (АР), варианты, психотерапия

Психосоциальный стрессор здесь не столь интенсивен, но более растянут во времени, например затяжной конфликт в семье или развод с разделом имущества, разлука с близкими, тяжелая соматическая болезнь с неясным прогнозом, госпитализация, предстоящее обследование или хирургическая операция, потеря прежнего социального положения или прежних доходов, невозможность достичь намеченных человеком жизненных или профессиональных целей и т.д.

Болезненные симптомы возникают постепенно, вскоре после стрессового события (по критериями МКБ-10 – в течение 1 месяца), и так же постепенно исчезают. Обычная продолжительность составляет 2–3 месяца, максимальная – до 6 месяцев, за исключением пролонгированной депрессивной реакции, которая может длиться до 2 лет.

Адаптационные расстройства могут встречаться в нескольких вариантах:

кратковременная депрессивная реакция, проявляется в виде не резко пониженного настроения, чувства бессилия, снижения уверенности в себе, замедленности мышления и другой мягкой депрессивной симптоматики;

продолжительная депрессивная реакция имеет сходные проявления с кратковременной, но длится до 2 лет, обычно связана с затяжной стрессовой ситуацией;

смешанная тревожная и депрессивная реакция, присутствует как депрессивная, так и тревожная симптоматика в виде двигательного беспокойства, мышечной скованности, вегетативной гиперактивности и т.д.;

адаптационное расстройство с преобладанием нарушения других эмоций, при котором, наряду с тревогой и депрессией, отмечаются также раздражительность, гневливость, а у детей, оказавшихся в состоянии стресса, – регрессивное поведение в виде энуреза, сосания пальцев, грызения ногтей и т.д.;

адаптационное расстройство с преобладанием нарушений поведения, характерное для подросткового возраста и проявляющееся поступками, которые нарушают принятые в обществе нормы – злоупотребление алкоголем, прогулы в школе, бессмысленный вандализм, агрессия и т.п.;

адаптационное расстройство, смешанное с нарушением эмоций и поведения, при котором отмечаются как названные расстройства поведения, так и эмоциональные симптомы.

Для постановки *диагноза* АР необходимо, чтобы при этом заметно нарушалось социальное и профессиональное функционирование пациента.

Адаптационные расстройства широко распространены. Так, обнаружено, что данная патология расстройства составляет 25 % всех психических расстройств, встречающихся в работе общепрактикующего врача. Соотношение женщин и мужчин около 2:1, среди больных преобладают одинокие, разведенные, лица с невысоким социальным и экономическим положением.

Прогноз АР в целом благоприятный, и у большинства пациентов симптоматика исчезает в течение 2–3 месяцев.

Главная роль принадлежит психотерапии и простой психологической поддержке. При этом важно помочь пациенту осознать и точно сформулировать его опасения, открыто и подробно проанализировать их (например, если ему предстоит хирургическая операция, – в чем он видит ее опасность, какие осложнения могут возникнуть и т.д.), а также рассмотреть и обсудить шаги, которые пациенту следует предпринять, чтобы справиться с ситуацией. Хорошие результаты дает групповая терапия лиц со сходным характером психической травмы, например готовящихся к инвазивным обследованиям, нуждающихся в гемодиализе и т.д.

4. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Посттравматическое стрессовое расстройство (синонимы: «*вьетнамский синдром*», «*афганский синдром*» и др.) представляет собой общепринятую сегодня в мире самостоятельную форму психической патологии, причиной которой является перенесенный пациентом крайне тяжелый психосоциальный стресс, который по своей интенсивности выходит за пределы обычного человеческого опыта. Необходимо подчеркнуть, что речь идет не о черепно-мозговой или иной физической, а именно о психической, эмоциональной травме.

Воздействия такой экстраординарной силы возникают чаще всего в ходе военных действий, природных катастроф (землетрясения, наводнения, оползни и т.д.), пожаров, при транспортных и техногенных катастрофах (аварии на производстве, атомных электростанциях), изнасилованиях, пытках, других формах крайне жестокого обращения с людьми, массовых беспорядках и т.д. При этом пациент либо сам подвергся тяжелой опасности, либо это произошло с кем-то другим на его глазах.

Частота ПТСР в целом составляет 1–2 %, соотношение мужчин и женщин 1:2. Может возникать в любом возрасте, включая детский.

Проявления ПТСР возникают через несколько недель или месяцев, но не позднее чем через 6 месяцев после травматического события. Симптоматика его разнообразна и включает следующие группы симптомов:

1. Повторное, помимо воли пациента, переживание травмирующего события в виде аффективных навязчивых воспоминаний, повторяющихся сновидений или ночных кошмаров, стереотипных игр у детей, в которых отражается травма, а также страданий во время событий, которые чем-то похожи на травму или каким-то образом символизируют ее.

2. Постоянное избегание стимулов, напоминающих о травме.

3. Снижение активности и ответственности в повседневной жизни. Безразличие к делам, чувство оцепенелости и эмоциональной притупленности.

4. Усиление вегетативных проявлений тревоги и уровня бодрствования в такой мере, как это бывает при других тревожных расстройствах: чрезмерная настороженность, вздрагивания, раздражительность, трудности засыпания, потливость и т.д.

5. Помимо указанных основных симптомов у пациентов часто встречаются следующие дополнительные: острые вспышки страха, паники или ярости с агрессией, чувство вины перед погибшими в травматическом событии и самобичевание за то, что выжил, пьянство и антисоциальное поведение со склонностью к физическому насилию, демонстративное отрицание принятых в обществе норм и правил.

Диагностическими критериями ПТСР по МКБ-10 являются:

наличие в анамнезе экстраординарного травматического события;

возникновение симптоматики не позднее 6 месяцев после травмы;

наличие характерной симптоматики;

минимальная продолжительность расстройства по МКБ-10 не устанавливается, по DSM-IV симптомы должны сохраняться более 1 месяца.

В *психотерапии* ПТСР применяются самые разные методы: систематическая десенсибилизация, когнитивные, психоаналитические, групповые и др. Цель такого лечения – помочь пациенту осознать природу его болезни, преодолеть отрицание им травматического события, дать возможность отреагировать на вытесненные сознанием переживания, развить способность к самоанализу и самоконтролю, изменить патологические поведенческие стереотипы.

5. Непатологическая реакция горя (НРГ)

Горе – это сильные эмоции, переживаемые человеком, когда он лишается близкого. Такие состояния возникают в жизни значительного большинства людей как ответ на тяжелые жизненные потери, чаще всего – на смерть близкого и любимого человека. Необходимо отметить, что горе – это не симптом заболевания, а процесс, посредством которого человек восстанавливается и возвращается в жизнь после тяжелой утраты.

Реакция горя проходит в своем развитии *несколько стадий*. Сразу после известия о смерти близкого человек находится в **состоянии шока**, и хотя умом понимает, что близкий умер, но до конца осознать и почувствовать это еще не

может. Он вполне способен организовать похороны и выполнить необходимые при этом формальности. Иногда окружающих даже удивляет то, как хорошо он «держит себя в руках», однако сам человек испытывает в это время чувство оцепенения и дереализации и действует как бы механически. Эта стадия шока и оцепенения длится до 5–7 дней.

В последующем на смену шоку приходит **осознание потери** и обильная аффективная симптоматика: человек испытывает чувство вины перед умершим, много плачет, постоянно концентрирует внимание на вещах и предметах обстановки, связанных с умершим, у него возникают мысленные картины или сновидения, в которых он видит умершего и общается с ним (первое время обычно тягостные, но в последующем иногда и приятные). Нередко бывают психотические проявления – зрительные и слуховые иллюзии и даже галлюцинации – посторонние шумы, тени на стене воспринимаются как шаги или очертания фигуры умершего, человек испытывает ощущение присутствия в доме покойного родственника. В случаях патологических, атипичных реакций горя это может сопровождаться беседой с умершим, приготовлением пищи и т.д. В этой стадии появляется выраженная депрессивная симптоматика: подавленность, мыслительная и двигательная заторможенность, потеря аппетита, снижение веса и т.д. Характерно чувство вины за то, что не все сделано для спасения жизни умершего.

Все перечисленные расстройства длятся в среднем 2–4 месяца и в норме должны разрешиться никак не позднее чем через 5–6 месяцев.

Признаками, говорящими об атипичности реакции горя, являются:

большая ее продолжительность, когда первая стадия длится более 2 недель, а реакция в целом – более года; согласно МКБ-10, в тех случаях, когда через 2 месяца после утраты все еще сохраняется выраженная депрессивная симптоматика, весьма вероятен диагноз депрессивного эпизода;

большая, чем в норме, глубина переживаний, когда они сопровождаются полным избеганием социальных контактов и неспособностью вернуться к работе; выраженная психомоторная заторможенность;

более выраженное, чем в норме, снижение самооценки и чувство вины вплоть до бреда самообвинения и суицидальных действий; следует помнить, что суицидальный риск у таких больных резко возрастает в годовщину смерти родственника;

отставленный характер реакции горя, при котором она возникает лишь через продолжительное время после события;

необходимо также иметь в виду, что непатологическое переживание горя может выявлять или обострять развитие психической патологии, например приступов шизофрении, панического расстройства, депрессивных эпизодов и т.д.

Факторами, ухудшающими прогноз атипичных реакций горя, являются: детский, подростковый или юношеский возраст;

наличие какого-либо психического расстройства в анамнезе, алкогольной или лекарственной зависимости;

причиной смерти родственника был суицид;
в случаях смерти ребенка или подростка;
низкий социально-экономический статус, слабая родственная и социальная поддержка, одиночество.

Чрезвычайно полезной в таких ситуациях может быть помощь медицинского психолога.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Какие особенности реакций на тяжелый стресс и нарушение адаптации?
2. Какой имеют характер психосоциальные стрессоры (по интенсивности, остроте, частоте и т.д.)?
3. Дайте понятие и назовите причины острой реакции на стресс.
4. Какая патопсихологическая симптоматика при острых реакциях на стресс?
5. Назовите причины и течения расстройств адаптации.
6. Какие имеются варианты адаптационных расстройств с депрессивными реакциями?
7. Дайте характеристику вариантов адаптационных расстройств со смешанным нарушением эмоций, поведения и их состояний.
8. Какие критерии диагностики адаптационных расстройств?
9. Какова распространенность адаптационных расстройств, какие категории чувствительных лиц?
10. Какой прогноз АР (течение, осложнения)?
11. Назовите особенности психотерапии больных с АР.
12. Дайте характеристику посттравматического стрессового расстройства.
13. Какие причины формирования ПТСР?
14. Какова распространенность ПТСР?
15. На какие группы подразделяются ПТСР по основным симптомам?
16. Какие дополнительные симптомы ПТСР?
17. Назовите диагностические критерии ПТСР.
18. Какой прогноз течения и какие особенности психотерапии ПТСР?
19. Дайте характеристику непатологической реакции горя.
20. Какие стадии и особенности симптоматики состояния шока при НРГ?
21. Какие особенности и дополнительные симптомы отмечаются в стадии осознания потери при НРГ?
22. Назовите атипичные формы реакции горя.
23. Какое течение и прогноз НРГ?
24. Какие признаки характеризуют атипичные формы реакции горя?
25. Какие факторы ухудшают прогноз атипичных реакций горя?

Литература: [2, с. 149–158]; [7, с. 172–175]; [8, с. 373–381].

ТЕМА 18. СУИЦИД – ПОДХОДЫ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

1. *Суицид и суицидальная попытка, пресуицидальный синдром: определения, распространенность в зависимости от пола и возраста.*
2. *Причины и факторы риска суицида.*
3. *Оценка степени суицидального риска по факторам риска.*
4. *Особенности обследования и диагностики пресуицидального синдрома.*
5. *Профилактика и лечение суицидов.*

1. Суицид и суицидальная попытка, пресуицидальный синдром: определения, распространенность в зависимости от пола и возраста

Термином **суицид** (*самоубийство*) обозначается любое преднамеренное действие, имевшее целью причинение себе вреда и завершившееся смертью. Термином **суицидальная попытка** обозначается любое умышленное действие по причинению себе вреда, которое не приводит к смертельному исходу.

Суицидальные попытки включают действия двух видов – *умышленное самоотравление* и *умышленное нанесение себе различных телесных повреждений*.

Пресуицидальный синдром – психологический симптомокомплекс, свидетельствующий о надвигающемся самоубийстве; этап суицидальной динамики, который может длиться от нескольких минут до недель и месяцев.

Суицидальные тенденции – мысли, попытки самоубийства как извращение защитно-оборонительного инстинкта. Речь идет об аффективных суицидальных действиях реактивного происхождения, а также о демонстративных, совершаемых недостаточно осознанно в связи с незрелостью представлений о границе жизни и смерти.

Суицидомания – постоянное неослабевающее стремление во что бы то ни стало покончить жизнь самоубийством (во время депрессивного эпизода, при параноидной форме шизофрении). Рассматривается также как одно из проявлений нарушений влечений при расстройствах личности (психопатиях).

Парасуицид – один из компонентов пресуицидального синдрома: незавершенные суицидальные действия, представляющие собой либо проявления суицидального шантажа, либо этап суицидального поведения, который предшествует завершенному суициду.

Суицидальный шантаж – угроза совершить самоубийство как средство воздействия личности на неблагоприятную ситуацию. От угроз большой (чаще всего речь идет об истерических расстройствах личности) может перейти к демонстративным суицидальным попыткам. Опасность последних заключается в том, что из-за какой-нибудь нелепой случайности одна из попыток может оказаться реализованной вопреки желанию больного.

В мире сегодня в течение года примерно 15 из каждых 100 тысяч человек уходят из жизни в результате суицида. Республика Беларусь сегодня относится к странам с относительно высокими показателями уровня суицидов – 30,6 на 100 тысяч (2000 г.).

На каждый завершённый суицид приходится примерно 10 попыток к самоубийству.

Мужчины кончают с собой в три раза чаще, чем женщины, однако число суицидальных попыток среди женщин в три раза выше. У женщин преобладает прием лекарств или ядов.

Риск суицида изменяется с возрастом – он минимален до 13–15 лет, затем постепенно растёт, достигая пика у женщин в конце пятого, а у мужчин – в конце шестого десятилетия жизни. Частота суицидов у лиц старше 70 лет почти в 3 раза превышает этот показатель среди молодежи.

2. Причины и факторы риска суицида

Частота самоубийств намного выше у разведённых, потерявших супруга, не имеющих детей, живущих отдельно, а также у безработных. В то же время частота суицидов высока и у лиц с высоким социальным и профессиональным уровнем – у врачей, бизнесменов, юристов, военнослужащих-офицеров и т.д.

Уровень суицидов значительно ниже в странах с традиционным жизненным укладом, сильным влиянием религии, у верующих, особенно у католиков.

Хорошо известно, что частота суицидов увеличивается в периоды экономического спада, быстрых социально-экономических перемен, кризисов, изменений в общественном сознании.

Сезонные пики суицидов приходятся на конец весны и начало лета, а также на осень, у мужчин обнаруживается только первый из этих пиков.

Вероятность суицида резко возрастает (в 64 раза в сравнении с аналогичным показателем в общей популяции) при наличии в анамнезе пациента суицидальных попыток в прошлом.

Наконец, вероятность суицида тесно связана с состоянием физического и психического здоровья. Обнаружена очень сильная корреляция между завершённым суицидом и обращением за медицинской помощью в предшествующие несколько месяцев.

Риск суицида значительно повышен у больных раком, хронической почечной недостаточностью, СПИДом, прогрессирующими органическими заболеваниями ЦНС.

У подавляющего большинства (80–90 %) лиц, совершивших суицид, отмечаются те или иные психические расстройства. Наиболее важные из них – депрессия и биполярное аффективное расстройство.

Наконец, свой вклад в приверженность суициду вносят конституционально-генетические факторы. Среди биологических маркеров, связанных с высоким риском суицида, обнаружены дефицит *серотонина* (5-НО) в ЦНС, как это отмечается и при депрессии.

Итак, причины суицидального поведения весьма многообразны. В целом можно считать, что суицид очень редко вызывается каким-либо одним фактором, он, как правило, происходит тогда, когда накапливается, созревает комплекс проблем, и последняя из них играет лишь роль *«последней капли»*, переполнившей чашу.

3. Оценка степени суицидального риска по факторам риска

Первыми шагами врача на пути предотвращения суицида и оказания помощи пациенту являются оценка его состояния и степени суицидального риска в каждом конкретном случае, так как именно это определяет объем и формы последующей помощи. В схематическом виде представлены 11 основных прогностических факторов, коррелирующих с вероятностью суицида в убывающем порядке.

Факторы риска суицида (в убывающем по значимости порядке):

1. Одиночество, потеря супруга, пациент разведен.
2. Безработица, потеря работы.
3. Хроническая или угрожающая жизни соматическая болезнь.
4. Депрессия.
5. Социальная изоляция.
6. Потеря близкого человека или развод в последние 6 месяцев.
7. Совершение пациентом в прошлом суицидальной попытки (попыток).
8. Мужской пол.
9. Алкоголизм, шизофрения, расстройство личности.
10. Пожилой возраст.
11. Суицидальное поведение у родственников и других значимых лиц из окружения пациента.

4. Особенности обследования и диагностики пресуицидального синдрома

Важный суицидальный признак – чувство безнадежности, бесперспективности жизни, которое может косвенно выражаться фразами: *«Мне уже нечего ждать от жизни хорошего»*, *«Все уже в прошлом»*, *«Все равно жизнь к лучшему не изменит»* и т.п.

У пациента, принявшего решение о суициде, обычно меняется поведение, причем нередко в лучшую сторону: он успокаивается, становится более собранным, активным, деятельным. Нередко начинает проявлять интерес к необычным ранее для него темам – видам страхования жизни, похоронам, месту на кладбище, надгробным памятниками и т.д. Все эти обстоятельства должен выяснить врач у пациента и его близких и принять к сведению, так как они обычно предшествуют суициду.

Далее для выработки плана действий врачу надо попытаться уточнить характер и глубину суицидальных мыслей и намерений пациента.

Главные факторы во второй части опроса – оценка степени летальности и доступности выбранного метода, а также степень вероятности остаться в живых.

Для прогнозирования вероятности следующего суицида врачу целесообразно попытаться отнести пациента, совершившего суицидальную попытку, в одну из следующих групп:

1. Те, кто действительно старался умереть, но не смог завершить суицид из-за недостатка знаний, опыта или нерешительности.

2. Пациенты, которые всерьез о смерти не думали, но хотели избежать какой-либо неприятной ситуации либо проверить отношение к себе людей.

3. Люди, которые пытаются таким способом руководить другими людьми, манипулировать своими близкими, врачами, сотрудниками и т.д.

4. Случаи, когда суицидальная попытка представляет собой социальную реакцию на тяжелые жизненные события, на разорение, угрозу ареста, позор и т.д.

Риск суицида особенно велик в первой группе: здесь, как правило, необходима госпитализация в психиатрический стационар. Во второй и третьей группах риск суицида невелик. Наконец, в четвертой группе опасность высока, но сохраняется непродолжительное время, на период острого психосоциального стресса.

5. Профилактика и лечение суицидов

После оценки суицидальной опасности пациента существуют такие возможности:

1. Консультация медицинского психолога (психотерапевта) желательна во всех случаях, даже тогда, когда суицидальный риск низок. В любом случае медпсихолог (психиатр) должен осмотреть следующие категории пациентов:

всех поступивших в соматические стационары после суицидальной попытки;

пациентов, совершивших суицидальные попытки во время лечения и обследования в медицинских учреждениях;

пациентов, у которых во время лечения и обследования по поводу соматических заболеваний была выявлена выраженная суицидальная настроенность и суицидальный риск оценивался как умеренный или высокий, а также пациентов с тяжелыми семейными средовыми обстоятельствами (перенесенная утрата, одиночество, отсутствие социальной поддержки т.д.);

пациентов с подозрением на наличие психического расстройства (депрессии, алкогольной и лекарственной зависимости, шизофрении др.).

2. Дальнейший выбор по мере увеличения степени суицидального риска включает:

информирование родственников пациента о суицидальной опасности и их действиях по отношению к близкому человеку;

амбулаторное наблюдение врача общей практики либо психиатра (психотерапевта);

амбулаторное лечение, включая кризисное вмешательство;

госпитализацию в кризисный стационар (при его наличии);

госпитализацию в психиатрический стационар по согласию пациента;

насильственную госпитализацию в психиатрический стационар.

Амбулаторное лечение, проводимое медпсихологом (психотерапевтом), по своей интенсивности может колебаться от короткого кризисного вмешательства до длительной фармакопсихотерапии, семейной терапии, занятий в группе.

Кризисное вмешательство представляет собой комплекс предупредительных и лечебных мероприятий, направленных на снижение суицидального риска. Оно проводится неотложно.

В части случаев кризисное вмешательство включает и фармакотерапию (как правило, антидепрессанты и/или транквилизаторы), при этом медикаменты выдаются или выписываются в небольшом количестве (не более чем на 1–2 дня терапии).

Госпитализация в психиатрический стационар показана во всех случаях повторных суицидальных попыток, наличия психических расстройств, высокого риска повторных суицидальных действий, неблагоприятной семейной ситуации.

Основанием для насильственной госпитализации в психиатрический стационар является наличие высокой суицидальной опасности, тех или иных психических расстройств наряду с категорическим отказом пациента от плановой госпитализации.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие о суициде и суицидальной попытке, видах последней.
2. Что представляет собой пресуицидальный синдром и парасуицид?
3. Что понимается под суицидальной тенденцией?
4. Какова суть суицидомании, для каких патопсихологических синдромов характерна?
5. Чем опасен суицидальный шантаж?
6. Какова значимость суицидов – распространенность, уровень?
7. Какой риск суицидов в зависимости от пола, возраста, социально-образовательного уровня?
8. Какие основные социально-экономические причины суицидов?
9. Как влияет на уровень самоубийств сезон года, физическое и психическое состояния, суицидальные попытки?

10. Какие существуют биологические маркеры суцидов?
11. Назовите факторы риска суцида по значимости.
12. Какие особенности обследования пациентов на выявление суцидальной тенденции, суцидальных признаков?
13. Как распределяют пациентов с суцидальной попыткой по группам риска и оказания медпомощи?
14. Какие существуют варианты профилактики и лечения пациентов в зависимости от степени риска суцидов?
15. Какие обязательные контингенты пациентов подвергаются обследованию специалистом на риск суцида?
16. Какой порядок действия медицинского психолога при установлении у пациента высокого риска суцида?
17. Что включает в себя кризисное вмешательство и его цель?
18. В каких случаях проводится добровольная и принудительная госпитализация пациентов с риском суцида?

Литература: [2, с. 112–124]; [7, с. 306–311]; [6д, с. 289–292].

ТЕМА 19. ДЕМЕНЦИИ. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

1. *Понятие и диагностические критерии деменции, распространенность и причины.*
2. *Болезнь Альцгеймера (БА) – характеристика, эпидемиология, причины, стадии.*
3. *Патопсихологические симптомы БА.*
4. *Диагностические критерии БА и дифференциальный диагноз.*
5. *Особенности обследования больных и психологическая поддержка.*

1. Понятие и диагностические критерии деменции, распространенность и причины

Деменция (синонимы – *приобретенное слабоумие, хронический мозговой синдром, органический психосиндром, психоорганический синдром* и др.) – это часто встречающийся синдром заболеваний головного мозга, который проявляется повреждением когнитивной сферы, снижением интеллектуальных и других высших корковых функций – абстрактного мышления, памяти, сообразительности, уровня суждений, способности к обучению, счета, письма, речи, конструктивного праксиса и т.д.

Для постановки диагноза деменции используют следующие диагностические критерии:

- 1) указанные расстройства продолжались по крайней мере 6 месяцев и были выражены столь значительно, чтобы вести к нарушениям профессиональной, социальной и повседневной деятельности пациента;
- 2) необходимо констатировать наличие у пациента ясного сознания;
- 3) отсутствие каких-либо иных (т.е. неорганических) психических расстройств и состояний, которые могут вести к понижению интеллектуальной продуктивности, например депрессии, заторможенности вследствие приема лекарств, выраженной социальной изоляции и т.д.

Деменция является синдромом целого ряда органических повреждений мозга, имеет чаще всего хроническое прогрессирующее течение и тесно связана с пожилым возрастом.

Распределение деменций пожилого возраста (по МКБ-10) по вызвавшим их причинам следующее:

- деменция при болезни Альцгеймера – 55–60 % общего числа;
- сосудистая деменция – 15–20 %;
- сочетанные формы деменции, т.е. когда у одного пациента отмечаются одновременно болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция, – 12–15 %;
- деменция при болезни Паркинсона – 5–7 %;

деменция от иных причин – при болезнях Пика, Крейтцфельдта–Якоба, Гентингтона, черепно-мозговых травмах, метаболических и эндокринных расстройствах, СПИДе, рассеянном склерозе, дефиците витаминов, интоксикации лекарствами и промышленными ядами и др. – в сумме приблизительно 5–10 %.

2. Болезнь Альцгеймера (БА) – характеристика, эпидемиология, причины, стадии

Болезнь Альцгеймера – широко распространенное среди пожилых людей первичное дегенеративное заболевание головного мозга, главным проявлением которого является постепенно прогрессирующая деменция. Распространенность БА в целом – 1–1,5 %. Женщины болеют в 2–3 раза чаще мужчин, однако такое различие связано, вероятно, с их преобладанием в старших возрастных группах.

Причины возникновения БА до настоящего времени неизвестны, хотя эта проблема интенсивно изучается. Можно считать установленным, что повышение риска развития БА связано со следующими факторами: возраст, наличие болезни у родственников первой степени родства, а также синдрома *Дауна*. Вероятно, факторы среды влияют на степень проявления генетического дефекта, с которым первично связана БА.

В ходе болезни происходит постепенная диффузная атрофия мозга с расширением мозговых желудочков. Предполагается, что причинами таких нарушений обмена могут являться генетические факторы. Важным патогенетическим моментом БА считается резкое снижение количества холинэргических нейронов и уменьшение содержания ацетилхолина в головном мозге .

Начало болезни медленное, течение прогрессирующее. В случаях начала заболевания до 65–70 лет имеется вероятность наличия в семейном анамнезе схожих форм деменции. Слабоумие начинается с постепенного ухудшения памяти на текущие события и постепенно переходит в фиксационную амнезию, когда больной теряет способность к запоминанию нового материала. Возникает амнестическая дезориентировка, пациент становится совершенно беспомощным и бестолково суетливым. Параллельно с расстройством памяти развиваются нарушения мышления, заканчивающиеся слабоумием.

Стадии болезни

При изучении психопатологических проявлений у пациентов с БА их подразделяют на 3 стадии.

Первая – начальная – характеризуется изменениями интеллекта, памяти и внимания без выраженных грубоочаговых симптомов.

Вторая – развитая стадия – характеризуется выраженными симптомами слабоумия и фокальными симптомами (афатическими, агностическими и апрактическими).

Третья – терминальная стадия – характеризуется симптомами и проявлениями глубокого психического распада личности – психический дефект, больные ведут только вегетативное существование.

3. Патopsихологические симптомы БА

Сознание нарастающей катастрофы на начальных стадиях болезни (1–2 года и более) у пациентов часто сохранено, в связи с чем возникают эмоциональные реакции – тревога, растерянность, беспокойство, чувство вины, попытки как-то замаскировать свою несостоятельность и т.д. В последующем осознание болезни исчезает, поведение пациента становится все более монотонным и нецеленаправленным, утрачиваются элементарные навыки самообслуживания. Течение болезни необратимо, продолжительность ее от первых признаков до смерти – 7–10 лет.

На первых этапах болезни могут возникать отдельные психотические расстройства в виде бреда ущерба (*«обворовали соседи»*), бреда отравления, ревности, отмечаются единичные генерализованные эпилептиформные припадки, эпизодические слуховые галлюцинации. Дольше, чем при других психозах старческого возраста, сохраняются критика к заболеванию и сознание собственной несостоятельности.

На второй стадии характерным клиническим своеобразием болезни Альцгеймера является сочетание нарушений памяти и интеллекта с нарастающим расстройством высших корковых функций, нарушение речи (*«логоклония»*) – прерывистое, судорожное повторение отдельных слогов, коротких слов, междометий; дизартрия – нарушение сугнепуляции (*«смазанная речь»*), проявляющееся в затруднении произношения, особенно согласных звуков; эхолалия – повторение отдельных слов или словосочетаний, произносимых в присутствии больного и которые он слышит), письма, которое выражается в стереотипных каракулях, чтения, счета. Весьма характерен симптом амнестической афазии – нарушение способности называть предметы при сохраненной возможности их охарактеризовать, при подсказке начального слога или буквы больной может вспомнить нужное слово, а также алексии – неузнавание букв и символов, невозможность чтения и понимания текста.

На третьей стадии БА движения становятся ригидными, походка замедленной и шаркающей. Усиливаются все виды апраксии (потеря способности производить привычные операции, выполнять знакомые больному сложные двигательные акты при сохранении способности к координированным движениям вообще), что приводит в конечном итоге к полной *«апрактической обездвиженности»*, делая невозможным любое целенаправленное движение.

4. Диагностические критерии БА и дифференциальный диагноз

Диагноз устанавливают с учетом признаков, общих для всех деменций: снижение памяти, отчетливее всего проявляющееся при усвоении новой информации (фиксационная амнезия);

снижение функций абстрактного мышления, которое должно подтверждаться данными экспериментально-психологического обследования;

снижение контроля над эмоциями или социальным поведением, проявляющееся по меньшей мере в одном из следующих признаков:

- а) эмоциональная лабильность,
- б) раздражительность,
- в) апатия,
- г) огрубление социального поведения.

Дифференциальный диагноз проводится прежде всего с сосудистой деменцией, а также с психическими сдвигами при непатологическом процессе старения, когда, несмотря на некоторое снижение когнитивных функций, все же существенно не нарушается социальное и бытовое функционирование пожилого человека, его способность к самообслуживанию и т.д. Следует также исключить наличие опухоли мозга, нейросифилиса, травмы головы с субдуральной гематомой, дефицита витамина В₁₂, гипотиреозидизма.

Иногда диагноз БА может ошибочно предполагаться в случаях, внешне напоминающих деменцию, но к ней не относящихся, – при плохом питании, низкой температуре в жилище, нераспознанной депрессии, бессистемном приеме лекарств и т.д.

5. Особенности обследования больных и психологическая поддержка

Обследование пациента с подозрением на БА включает:

сбор анамнеза со слов близких;

рутинное неврологическое обследование: локальные симптомы (параличи, парезы, гемиплегии и т.д.) на ранних этапах говорят в пользу сосудистого поражения мозга;

экспериментально-психологическое обследование: проводится медицинским психологом и обнаруживает очаговые выпадения функций – афазию (в основном сенсорную и амнестическую), апраксию, алексию, аграфию и т.д. С целью объективизации и оценки степени когнитивных нарушений может быть использован ряд стандартизированных методик, например *Ньюкасская шкала*.

Этиотропного лечения БА сегодня не существует.

Ведущую роль в помощи этой категории больных сегодня играет все же не биологическая терапия, а социально-средовые и психологические воздействия, правильный уход, а также помощь членам семьи, которые осуществляют уход за пациентом. Цель лечения – максимально сохранить качество жизни больного и как можно более увеличить срок, в течение которого он еще способен ухаживать за собой и оставаться в привычном домашнем окружении.

Важно, чтобы родственники получали от врача постоянную психологическую поддержку, имели бы возможность время от времени (например, на период отпусков, командировок и т.д.) помещать больного в специализированное учреждение по уходу, обсуждать свои проблемы с другими семьями, где есть такие же больные.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие, характерные проявления деменции.
2. Какие прогностические критерии деменции?
3. Какое течение и какова встречаемость деменций?
4. Как распределяются деменции по причинам возникновения?
5. Дайте понятие о болезни Альцгеймера.
6. Какие факторы риска развития БА?
7. Какие патогенетические изменения отмечаются в головном мозге при БА?
8. Назовите стадии болезни Альцгеймера.
9. Какие патопсихологические симптомы определяются на 1-й стадии БА?
10. Какие патопсихологические симптомы характерны для 2-й стадии БА?
11. Какие патопсихологические особенности 3-й стадии БА?
12. Приведите диагностические критерии БА.
13. С какой патологией проводят дифференциальный диагноз БА?
14. Какие особенности обследования пациентов с БА?
15. Какая основная цель лечения больных с БА?

Литература: [1, с. 248–250]; [2, с. 62–70]; [3, с. 72–74]; [7, с. 39–42]; [8, с. 316–330]; [6д, с. 47–54]; [10д, с. 199–200].

ТЕМА 20. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА – СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

1. *Сосудистая деменция: характеристика, этиология, особенности клиники, диагностические критерии и дифференцировка от БА.*

2. *Клинические варианты сосудистой деменции, характер когнитивных и интеллектуальных расстройств.*

3. *Деменция при болезни Пика: эпидемиология, морфология, отличия от БА, диагностические критерии.*

4. *Деменция при болезни Гентингтона: этиология, характеристика, особенности.*

5. *Деменция при болезни Паркинсона.*

1. Сосудистая деменция: характеристика, этиология, особенности клиники, диагностические критерии и дифференцировка от БА

Сосудистая деменция (СД) – вторая по значению группа состояний слабоумия в пожилом возрасте (до 15 %). Чаще всего представляет собой ступенчато нарастающее снижение интеллекта и когнитивных функций вследствие повторяющихся нарушений мозгового кровообращения, преимущественно в мелких и средних сосудах, и следующих за ними паренхиматозных повреждений. Начинается в возрасте 50–60 лет, у мужчин встречается несколько чаще (при БА в 65 лет и старше, у женщин в 2 раза чаще).

Ранее считалось, что СД возникает в результате сужения сосудов мозга при атеросклеротическом процессе (отсюда ее прежнее название – *атеросклеротическая деменция*). В последующем было обнаружено, что причина деменции – накопление очагов некроза в веществе мозга, которое возникает в результате повторяющихся инсультов, чаще всего ишемических (отсюда современное название самого частого варианта СД – *мультиинфарктная деменция*).

Начало заболевания, в отличие от деменции при БА, относительно острое и отчетливое, после одного или нескольких эпизодов нарушения мозгового кровообращения. Прогрессирование деменции происходит также ступенчато, с каждым новым эпизодом, при этом бывают периоды относительной стабилизации и улучшения когнитивных функций. Характерны эмоциональная лабильность, слезливость, сосудистые жалобы, колебания артериального давления, очаговая неврологическая симптоматика. Сознание болезни и личностные особенности сохраняются дольше, чем при альцгеймеровской деменции.

Диагностические критерии СД по МКБ-10 включают в себя:

наличие прогрессирующей деменции, снижения памяти и очаговых неврологических знаков;

обычно острое начало и ступенчатое ухудшение;

наличие сопутствующих симптомов – гипертензии, эмоциональной лабильности, эпизодов нарушенного сознания, а также нарастающих изменений личности;

наличие фактов из истории болезни и данных обследований, говорящих о цереброваскулярной патологии, этиологически связанных с заболеванием.

2. Клинические варианты сосудистой деменции, характер когнитивных и интеллектуальных расстройств

В МКБ-10 выделяют *несколько вариантов СД*:

1. Мультиинфарктная (множественноочаговая) деменция – самая частая и типичная форма сосудистой деменции, возникающая в результате серии ишемических эпизодов с появлением мелких некротических очагов, преимущественно в коре.

2. Сосудистая деменция с острым началом – развивается остро после нескольких или даже одного обширного инсульта, как ишемического, так и геморрагического. Характерна грубая неврологическая симптоматика.

3. Субкортикальная сосудистая деменция – возникает в результате серии ишемических инсультов в белом веществе мозга, тогда как кора относительно сохранена. Обильно выражена очаговая неврологическая симптоматика при относительной сохранности высших корковых функций.

Течение церебрального атеросклероза характеризуется многообразием клинических форм. Общепризнано выделение в качестве основной формы заболеваний *церебросклеротической астении*. Один из ведущих симптомов астении – истощаемость психических функций. Особенно четко обнаруживается истощаемость при исследовании специальными методиками, направленными на изучение работоспособности – *таблицами Шульте, Крепелина*, в корректурной пробе. С истощаемостью при церебральном атеросклерозе непосредственно связана и недостаточность активного внимания. Особенно четко она обнаруживается в корректурной пробе – отмечаются пропуски букв, лишние зачеркивания сходных или расположенных рядом с заданной букв, пропуск целых строк. Одним из наиболее ранних и выраженных признаков заболевания является расстройство памяти. Уже при начальных проявлениях заболевания больные нередко жалуются, что в беседе не могут вспомнить нужное слово. Присущи начальным стадиям сосудистых поражений головного мозга расстройства произвольного запоминания и воспроизведения. При церебральном атеросклерозе расстройства памяти прогрессируют – к недостаточности произвольной репродукции присоединяются нарушения удержания, а затем запоминания.

Недостаточность удержания (*ретенции*) обнаруживается еще до заметных расстройств запоминания. Постепенно, наряду с усилением недостаточности удержания, выявляется и недостаточность запоминания.

Характерна также определенная неравномерность ослабления различных форм памяти у больных церебральным атеросклерозом. В определенной связи с расстройствами памяти находятся и наблюдающиеся у больных церебральным атеросклерозом эпизодические вербальные *парафазии*. Замена слов часто происходит по так называемому комплексному типу, когда выпавшее слово заменяется другим, принадлежащим к тому же кругу представлений.

Инертность психической деятельности определяется в пробах на переключение. В определенной степени эта инертность может достигать значительной степени – у таких больных нередко обнаруживается персеверация в речевой и двигательной областях.

С прогрессированием церебрального атеросклероза нарушения последовательности суждений сменяются стойким снижением уровня процессов обобщения и отвлечения.

При атеросклеротическом слабоумии наблюдается недостаточность номинативной функции речи. Больные испытывают затруднения при назывании отдельных предметов. В случаях значительной выраженности этого явления можно говорить об *амнестической афазии*.

Псевдопаралитическое слабоумие при церебральном атеросклерозе характеризуется грубыми расстройствами мышления, нарушением его критичности. В силу резкого нарушения критичности мышления эти больные совершенно не соразмеряют уровень притязания со своими возможностями.

В основе дифференциальной диагностики СД от деменции альцгеймеровского типа заложена шкала клинических признаков Хачинского:

- внезапное начало;
- ступенчатообразное прогрессирование;
- флюктуирующее течение;
- ночная путанность;
- относительная сохранность личности;
- вторичная депрессия;
- соматические жалобы;
- эмоциональное недержание;
- гипертензия;
- инсульты в анамнезе;
- атеросклероз;
- фокальные неврологические признаки (симптомы и знаки).

3. Деменция при болезни Пика: эпидемиология, морфология, отличия от БА, диагностические критерии

Болезнь Пика (пресенильная деменция) – органический процесс, приводящий к слабоумию и сопровождающийся различными очаговыми расстройствами.

Встречается в 50 раз реже, чем болезнь Альцгеймера; первые проявления чаще наступают в возрасте 50–60 лет. При компьютерной томографии определяются выраженное расширение желудочковой системы мозга и резкое расширение борозд больших полушарий, особенно в передних отделах.

Начало болезни медленное с нарастающими изменениями характера, социальным снижением и последующими интеллектуальными нарушениями. Клинические проявления начальной стадии определяются локализацией атрофического процесса. Преимущественное поражение лобных долей приводит к более раннему проявлению симптомов расторможенного поведения. Чаще преобладают не нарушения памяти, а эмоционально-волевые расстройства: безучастность, пассивность, отсутствие внутренних побуждений к какой-либо деятельности. Другие отличия от болезни Альцгеймера – доминирование нарастающей интеллектуальной недостаточности над расстройством памяти, большая степень выраженности неврологической симптоматики и более раннее начало.

Помимо обязательного наличия общих критериев деменции, диагностика основывается на следующих признаках:

медленное начало с прогрессирующим интеллектуальным снижением;
преобладание лобных симптомов, определяемых наличием по меньшей мере двух из следующих признаков:

- эмоциональное уплощение;
- огрубление социального поведения;
- расторможенность;
- апатия или беспокойство;
- афазия;

относительная сохранность памяти и функций теменных отделов коры на начальных этапах.

При изучении психопатологических проявлений при болезни Пика, как и при болезни Альцгеймера, руководствуются принятым разделением заболеваний на *три стадии*.

Первая (начальная) стадия характеризуется изменениями интеллекта, памяти и внимания, без выраженных грубоочаговых симптомов, вторая – выраженным слабоумием и фокальными симптомами (афатическими, агностическими, апрактическими), третья, терминальная, – глубоким психическим распадом, больные ведут сугубо вегетативное существование.

В отличие от болезни Альцгеймера при болезни Пика расстройства памяти никогда не оформляются структурно в единый симптомокомплекс. В значительной мере впечатление о грубом ослаблении памяти при болезни Пика создается снижением активного внимания, неустойчивостью его концентрации. Расстройства памяти при болезни Пика долгое время являются вторичными и зависят главным образом от снижения инициативы.

Как правило, при болезни Пика отсутствуют конфабуляции. Дезориентировка больных не носит характер амнестической.

Слабоумие уже в самом начале болезни Пика (1-я стадия) носит более грубый характер, чем при болезни Альцгеймера. Если в дебюте болезни Альцгеймера эмоциональные изменения сводятся к пониженному настроению, угнетенности, беспокойству, то при болезни Пика – это аффективное огрубение, часто с эйфорическим оттенком.

Расстройства письменной речи и чтения, выявляемые на ранних этапах болезни Альцгеймера, – важный дифференциально-диагностический критерий при необходимости отграничения ее от болезни Пика, при которой длительное время сохраняется написание автоматизированных энграмм и чтение без понимания прочитанного. Семантическая и амнестическая афазия достигает максимальной степени выраженности в начале второй стадии заболеваний, а затем затушевывается, как бы перекрывается сенсорно- и моторно-афатическими проявлениями.

Вторая стадия болезни Пика характеризуется типичной картиной неуклонно и монотонно прогрессирующей деменции, поражающей интеллект «сверху вниз». При лобном варианте болезни Пика на первый план вступает падение речевой активности, вплоть до полной аспонтанности речи. При височном варианте болезни Пика стереотип развития речевых расстройств напоминает аналогичный стереотип при болезни Альцгеймера, однако с некоторыми отличиями. Так, сенсорная афазия при болезни Пика чаще протекает без логореев.

Третья стадия болезни Пика, как и болезни Альцгеймера, характеризуется глубоким слабоумием, больные как бы ведут вегетативный образ жизни. Внешне психические функции приходят к окончательному распаду, контакт с больным совершенно невозможен.

4. Деменция при болезни Гентингтона: этиология, характеристика, особенности

Наследственное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования (4-я хромосома). Распространенность – 6–7 случаев на 100 тысяч населения. Проявляется обширной атрофией мозга с поражением базальных ганглиев. Начинается обычно в середине жизни (35–45 лет) и неуклонно прогрессирует. Первые проявления – хореоформные движения в верхних конечностях, лице, изменение походки, которые постепенно нарастают. В последующем присоединяются расстройства личности и поведения (несдержанность, взрывчатость, капризность, колебания настроения), а затем и прогрессирующая деменция. Память относительно сохранена. Продолжительность заболевания – 15–20 лет.

В клинике хореи Гентингтона основную роль играет относительно медленно (по сравнению с болезнями Пика и Альцгеймера) развивающееся слабоумие. В ряде случаев его проявления предшествуют типичным хореатическим гиперкинезам, что затрудняет диагностику. Неуклонное прогрессирование слабоумия, фокальная симптоматика сближают хорею Гентингтона с другими

формами пресенильной деменции. В клинике большое значение придают развивающимся в ранней стадии заболевания характерологическим изменениям, выраженным аффективными реакциям, своеобразной прилипчивости типа акайрии. Это легко обнаруживается и в ситуации патопсихологического исследования – больные аффективно неустойчивы, раздражительны, взрывчаты. По мере углубления деменции эти характерологические проявления сменяются безразличием к окружающему, эйфорически-благодушным настроением. В значительной мере интеллектуальная несостоятельность больных зависит от грубых расстройств активного внимания. Выражены нарушения памяти – запоминание и удержание. При заучивании 10 слов больные хореей Гентингтона, как и при сенильной деменции и болезни Альцгеймера, воспроизводят не более 3–4 одних и тех же слов. Рано обнаруживаются нарушения логико-смысловой памяти, выражающиеся в невозможности воспроизведения несложных рассказов.

Афатико-агностико-апрактические расстройства при хорее Гентингтона не достигают такого развития, как при болезнях Пика и Альцгеймера.

5. Деменция при болезни Паркинсона

Болезнь Паркинсона является атрофическим заболеванием головного мозга, начинающимся в позднем возрасте и проявляющимся в основном экстрапирамидными расстройствами и психическими нарушениями. Прогрессирующее дегенеративное заболевание, сопровождающееся гибелью нейронов в substantia nigra и резким снижением содержания в мозге дофамина.

Начинается с нарушения двигательных функций – мышечной ригидности, тремора, расстройства координации точных и мелких движений. Деменция присоединяется значительно позднее, причем примерно в трети случаев она вообще не возникает.

Болезнь Паркинсона встречается в 200 случаях на 100 000 населения. Фактором риска считают повторные черепно-мозговые травмы и употребление неочищенного синтетического героина.

Заболевание начинается в раннем пожилом возрасте, и часто первыми и самыми характерными ее признаками являются утрата содружественных движений и обеднение моторики. Позже присоединяется выраженный тремор, усиливающийся при напряжении и исчезающий во сне. Обнаруживаются затруднения тонких движений, специфическая ригидность (синдром «зубчатого колеса») и пирамидные знаки (положительный синдром Бабинского, сосательный рефлекс и др.). От 40 до 80 % больных демонстрируют признаки прогрессирующей деменции без каких-либо специфических клинических особенностей; в 1/3 случаев наблюдаются сопутствующие депрессивные признаки. Характерологические сдвиги проявляются в повышенной раздражительности, периодической возбудимости или апатичности, эгоцентризме, назойливости, подозрительности, недовольстве окружающими.

При установлении диагноза, помимо соблюдения общих критериев деменции, необходимо учитывать следующие признаки:
наличие болезни Паркинсона;
когнитивное снижение, не являющееся следствием приема антипаркинсонических средств;
отсутствие сведений об иной природе деменции.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте характеристику деменции.
2. Какие причины возникновения сосудистой деменции?
3. Какие особенности течения СД?
4. Назовите диагностические критерии СД.
5. Какие клинические варианты СД?
6. Какие ведущие астенические симптомы СД?
7. Назовите формы ослабления памяти при СД.
8. Какие вербальные нарушения характерны СД?
9. Дайте характеристику деменции при болезни Пика, эпидемиология, патоморфология.
10. Какие патопсихологические симптомы болезни Пика и отличия от БА?
11. Какие диагностические критерии болезни Пика?
12. Приведите стадии патопсихологических проявлений, дифференциальную диагностику болезни Пика.
13. Какая характерна патопсихологическая симптоматика для 1-й стадии болезни Пика?
14. Какие психические нарушения 2-й стадии болезни Пика отмечаются при разных вариантах поражения головного мозга (лобный, височный)?
15. Как протекают вербальные и поведенческие нарушения в динамике болезни Пика?
16. Чем характеризуются патопсихологические симптомы в 3-й стадии болезни Пика?
17. Дайте характеристику симптомокомплекса при болезни Гентингтона (БГ).
18. Какие патопсихологические особенности течения БГ?
19. Приведите дифференциальную диагностику БГ от других психоорганических нарушений (БА, болезни Пика).
20. Чем характеризуется деменция при болезни Паркинсона (БП)?
21. Какова распространенность и миокинетика БП?
22. Какие диагностические признаки БП?
23. Назовите основные принципы лечения, ухода психотерапии деменций.

Литература: [1, с. 248–250]; [2, с. 70–75]; [3, с. 75–79]; [6д, с. 54–59]; [7д, с. 92–94]; [8, с. 316–343]; [10д, с. 198–199].

ТЕМА 21. НЕГАТИВНЫЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ – ПСИХИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ

1. *Психический дефект, понятие, основные варианты.*
2. *Врожденный психический дефект – олигофрения, формы по степени выраженности (дебильность, имбецильность, идиотия).*
3. *Приобретенный психический дефект – деменция, ее виды по структуре и глубине поражения (лакунарная, глобарная, парциальная, психический маразм).*
4. *Степени умственной отсталости (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), их характеристика и диагностические критерии по МКБ-10.*

1. Психический дефект, понятие, основные варианты

Негативные патопсихологические синдромы – патологические состояния, основной характеристикой которых являются симптомы ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на различных ее уровнях, т.е. психический дефект.

Психический дефект – это стойкая, малообратимая недостаточность, неполноценность интеллектуальных функций или снижение уровня личности в целом, имеющие врожденный или приобретенный характер. Понятие *психический дефект* шире, чем понятие *слабоумие*, так как включает не только признаки интеллектуальной недостаточности, но и ущерб, изъян эмоционально-волевых качеств и снижение уровня личности в целом. Степень выраженности психического дефекта может варьировать в широких пределах. Так, он может быть связан со снижением уровня личности без формальных признаков нарушения интеллекта, с недостаточностью интеллекта, его снижением, но при достаточной сохранности основных преморбидных свойств, а также проявляется сочетанием дефицита и личности, и интеллекта.

2. Врожденный психический дефект – олигофрения, формы по степени выраженности (дебильность, имбецильность, идиотия)

Врожденный психический дефект (*олигофрения, слабоумие*) – стойкое, малообратимое недоразвитие уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или приобретенной до трехлетнего возраста органической патологией головного мозга. Наряду с интеллектуальной недостаточностью всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики и всей личности в целом. По степени выраженности олигофрения как синдром делится на дебилность, имбецильность, идиотию.

Дебилность – легкая форма олигофрени, при которой в первую очередь страдает абстрактно-логическое мышление с сохранением конкретно-образного, затрудняется переход от чувственного познания к рациональному, от конкретных обобщений к абстрактным. Неполноценны интеллектуальные

операции, такие, как сложные формы обобщения, анализа и синтеза, классификации, абстрагирования, сравнений. Не получают должного развития свойства и качества ума: широта, глубина, самостоятельность, доказательность, логичность, гибкость, критичность. Степень снижения предпосылок интеллекта может быть различной. При удовлетворительном внимании и сохранной механической памяти, возможно, больной накапливает достаточный запас знаний, навыков чтения, письма, счета, приобретает рабочую специальность.

Имбецильность – выраженная степень олигофрении, основными чертами которой являются полная невозможность абстрактного мышления, а также затруднения в сфере конкретно-образного. Проведение логических операций практически невозможно, понимание различий между предметами и явлениями доступно только в пределах конкретного. Суждения крайне бедны, несамостоятельны, многие из них являются следствием простого подражания. Предпосылки интеллекта страдают грубо, хотя в некоторых случаях встречается удовлетворительная механическая память. Сохраняется способность к формированию элементарной устной речи, однако словарный запас резко ограничен. Для речи характерны аграмматизмы, дефекты произношения. Возможно приобретение навыков самообслуживания и элементарных видов труда на основе способности к образованию автоматизированных навыков и умений.

Идиотия – глубокая степень олигофрении, характеризующаяся полным отсутствием всех видов понятийного мышления, с частичным сохранением наглядно-действенного. При этом уменьшается объем реагирования, который в основном ограничивается рамками физиологических потребностей. Ощущения сохраняются, но восприятия неполноценны из-за резкого нарушения внимания и невозможности проведения необходимых умственных операций. Речепроизводство и речепонимание фактически отсутствуют. Пациенты ведут преимущественно вегетативный образ жизни, нуждаются в постоянном обслуживании. Не обучаемы.

Дебильность, имбецильность и идиотия встречаются при заболеваниях различной природы. Это может быть генетическая патология (хромосомная, моногенная, с наследственным предрасположением). Наблюдаются при внутриутробном повреждении головного мозга в результате гипоксии, травм, инфекций, интоксикаций у матери. К олигофрении может привести и перинатальная патология (родовые асфиксия, травма, инфекция), а также постнатальные вредности, действовавшие на мозг до трехлетнего возраста (менингиты, энцефалиты, интоксикации, травмы).

3. Приобретенный психический дефект – деменция, ее виды по структуре и глубине поражения (лакунарная, глобарная, парциальная, психический маразм)

Приобретенный психический дефект может включать в себя преимущественно личностные, интеллектуальные негативные расстройства или их сочетание. В зависимости от удельного веса общеличностных или собственно интеллектуальных расстройств состояния приобретенного психического

дефекта могут быть разделены на три группы. В *первую группу* включены дефекты, определяемые преимущественно личностными расстройствами. Ко *второй группе* относятся глубокие личностные дефекты, сопровождающиеся признаками интеллектуальной недостаточности. *Третья группа* объединяет наиболее глубокие приобретенные психические дефекты, в которых на первый план выступает значительное интеллектуальное снижение (деменция).

Деменция (слабоумие) – стойкое, малообратимое снижение преимущественно интеллектуальной деятельности, которая связана с патологией головного мозга, возникшей после трехлетнего возраста. Слабоумие по своей природе всегда необратимо, так как является отражением органического повреждения головного мозга.

К деменции могут приводить шизофрения, эпилепсия, а также органические заболевания головного мозга, при которых разрушается его вещество (старческие психозы, сифилитические поражения, сосудистые и воспалительные заболевания головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы).

Лакунарная деменция – вид слабоумия, при котором в первую очередь поражаются память и внимание. Сохраняется ряд свойств собственно интеллекта, в первую очередь критичность, и наиболее длительно основные свойства личности.

Глобальная (диффузная) деменция – вид слабоумия, при котором первично страдают наиболее сложные и дифференцированные свойства собственно интеллекта. Типичным является нарушение таких качеств и свойств ума, как логичность, доказательность, самостоятельность, пытливость, оригинальность, находчивость, широта, глубина, продуктивность. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим критерием глобальной деменции, позволяющим отличать ее от лакунарной, является некритическое отношение больного к своему дефекту. При некоторых прогрессирующих заболеваниях головного мозга она развивается после этапа лакунарной деменции.

Парциальная (частичная) деменция – результат поражения отдельных мозговых систем, косвенно относящихся к интеллектуальной деятельности и играющих роль в ее организации. Она может наблюдаться, например, при контузиях головного мозга, его опухолях, энцефалитах.

Психический маразм – наиболее тяжелый вид негативных расстройств, психического дефекта. Он отличается полным распадом психической деятельности, утратой возможности контакта с окружающими, полным исчезновением интересов и побуждений к деятельности. Такое состояние обычно сочетается с признаками общего маразма – физическое истощение, трофические расстройства, появление пролежней, дистрофии внутренних органов.

4. Степени умственной отсталости (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), их характеристика и диагностические критерии по МКБ-10

Согласно МКБ-10, **умственная отсталость** – состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется

нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных.

Изучение уровня и структуры интеллектуального развития с помощью стандартизированных методик измерения интеллекта (тестом) официально признано обязательным.

Среди них наиболее известны взрослый и детский варианты методики *Д. Векслера* и методика прогрессивных матриц *Дж. Рейвена*.

Легкая умственная отсталость. Такие люди приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них способны использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе, полностью независимы в сфере ухода за собой.

Большинство благоприятных случаев легкой умственной отсталости предполагает трудоустройство, где необходимы способности не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности.

При использовании соответствующих стандартизированных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50–69. В легкую умственную отсталость МКБ-10 включают дебильность, легкую умственную субнормальность и легкую олигофрению.

Умеренная умственная отсталость. У таких людей медленно развиваются понимание и использование речи, ограничено окончательное ее развитие. Отстает развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты на протяжении всей жизни нуждаются в надзоре. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Отдельное и совершенно независимое проживание достигается редко.

Коэффициент умственного развития таких лиц находится обычно в диапазоне от 35 до 49.

В умеренную умственную отсталость МКБ-10 включают имбецильность, умеренную умственную субнормальность (лакунарная деменция) и умеренную олигофрению.

Тяжелая умственная отсталость. Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34. По клинической картине эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. У большинства больных при этом наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

В тяжелую умственную отсталость МКБ-10 включают тяжелую умственную субнормальность (глобальная деменция) и тяжелую олигофрению.

Глубокая умственная отсталость. Коэффициент умственного развития ниже 20. Пациенты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или малоподвижны, страдают недержанием мочи и кала; с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации.

В глубокую умственную отсталость МКБ-10 включают идиотию, глубокую умственную субнормальность (тотальное слабоумие и психический ма-разм) и глубокую олигофрению.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие о психическом дефекте.
2. Какие формы включают врожденные психические дефекты?
3. Какие психические нарушения отмечаются при дебильности как легкой формы олигофрении?
4. Какие особенности патопсихологических симптомов, социальный статус при имбецильности?
5. Какая характеристика личности при идиотии?
6. Что может являться причинами олигофрении?
7. Приобретенный психический дефект – дайте характеристику групп.
8. Какие характерные патопсихологические симптомы слабоумия (деменции)?
9. Какие особенности деменции отмечаются в зависимости от формы болезни?
10. Какие из симптомов характерны для лакунарной деменции? Вызывающая их патология.
11. Какой характер нарушения интеллекта при глобарной (диффузной) деменции?
12. Какой характер поражения личности при парциальной деменции?
13. Какие характерные черты психического маразма?
14. Дайте понятие об умственной отсталости согласно МКБ-10.
15. Какие принципы оценки умственной отсталости?
16. Какие основные методики оценки интеллекта?
17. Чем характеризуется легкая степень умственной отсталости?
18. Какой характер развития и какие критерии оценки умеренной степени умственной отсталости?
19. Дайте характеристику тяжелой умственной отсталости по клинической картине, критериям, формам психического дефекта.
20. Приведите характеристику и формы психического дефекта при глубокой умственной отсталости.
21. Как строится психологическая работа с пациентами в зависимости от степени умственной отсталости?

Литература: [1, с.245–262]; [6, с.125–130]; [7, с.249–258]; [8, с.362–377]; [бд, с.321–331]; [10д, с.195–197].

ТЕМА 22. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

1. Развитие психических расстройств по периодам после черепно-мозговой травмы (ЧМТ).
2. Психозы острого периода – делирий.
3. Органический амнестический синдром после ЧМТ.
4. Органическое бредовое (шизофреническое) расстройство в отдаленном периоде ЧМТ.
5. Органическое расстройство личности после ЧМТ.
6. Посткоммоционный синдром.

1. Развитие психических расстройств по периодам после черепно-мозговой травмы (ЧМТ)

Выделяют открытые и закрытые черепно-мозговые травмы. **Открытые** повреждения составляют около 10 % всех травм мозга и могут быть *проникающими*, т.е. с повреждением мозга, и *непроникающими*. Большинство составляют **закрытые** черепно-мозговые травмы, к которым относятся *ушиб* и *сотрясение мозга*.

Сотрясения мозга (*коммоции*) составляют значительное большинство (около 60 %) всех черепно-мозговых травм, на долю ушибов (контузий) приходится примерно 18 %, сдавлений (компрессий) – лишь 8 %, остальные случаи представляют собой их сочетания.

Часто черепно-мозговые травмы сопровождаются появлением психических расстройств, в развитии которых выделяют 4 периода: начальный; острый; период выздоровления (реконвалесценции); период отдаленных последствий (поздний период).

Начальный период. Сразу после травмы большинство людей теряют сознание от нескольких секунд, минут, до нескольких часов и более. Это состояние может затем смениться оглушенностью, сопором либо усугубляться до мозговой комы с утратой рефлексов и угрозой для жизни.

Острый период длится от 1 суток до 2 месяцев и более. В зависимости от тяжести травмы мозга сознание может выключаться на разное время – от нескольких секунд или минут до 2–32 суток. После возвращения сознания у пострадавшего наблюдаются различные неврологические проявления, иногда параличи, головная боль, заторможенность и т.п. Через 1–2 недели после травмы возможно развитие острых психозов, обычно в виде помрачения сознания, отсутствия речи, бывают бредовые психозы с вербальными галлюцинациями. При ушибах мозга могут появляться эпилептиформные припадки. Как правило, после тяжелой черепно-мозговой травмы развивается конградная или ретроградная амнезия.

В период выздоровления появляются симптомы психических расстройств, которые нередко сохраняются и даже усугубляются в период отдаленных последствий. Они проявляются органическим амнестическим, бредовым и посткоммоционным синдромами, различными формами астений с раздражительностью, слабостью, повышенной утомляемостью, головной болью, головокружением, неустойчивым настроением. Пессимистический настрой сменяется оптимизмом и наоборот. Из-за пустяков возникает обида либо умиление «до слез», больным свойственна слезливость.

В позднем периоде могут появляться различные формы неспецифической органической психопатии, а также галлюцинаторно-бредовые и паранойальные психозы. Иногда развиваются эпилепсия и посттравматическое слабоумие.

Выраженность этих психических расстройств зависит от тяжести черепно-мозговой травмы, ее особенностей, общего физического состояния потерпевшего и ряда других причин.

2. Психозы острого периода – делирий

Делирий (синонимы: *острое состояние спутанности сознания, острый мозговой синдром, острая органическая реакция*) – синдром, проявляющийся одновременными нарушениями сознания, внимания и восприятия, эмоциональными расстройствами, нарушением ритма сна – бодрствования, а также рядом других симптомов.

Диагностическими критериями делирия по МКБ-10 являются следующие симптомы:

нарушение сознания и внимания, т.е. сниженная способность ориентироваться в месте и времени, концентрировать, поддерживать и переключать внимание с одного объекта на другой;

расстройство способности к познанию внешнего мира (нарушение последовательности мышления, искаженное восприятие внешнего мира, иллюзии и галлюцинации, преимущественно зрительные);

нарушение психомоторной активности – чаще двигательное возбуждение, реже – заторможенность, частые переходы из одного состояния в другое, повышенная или сниженная речевая активность;

расстройство ритма сна – бодрствования, т.е. сонливость днем и бессонница в ночное время, кошмарные сновидения, полная потеря сна и т.д.;

эмоциональные расстройства в виде тревоги, страха либо раздражительности, растерянности, апатии или эйфории.

Во время делирия у пациентов значительно выражены вегетативные нарушения – тахикардия, побледнение кожных покровов (именно этот симптом нашел отражение в русском синониме состояния алкогольного делирия «*белая горячка*»), потливость, гипертермия и т.д.

Начало делирия вследствие ЧМТ острое, симптоматика разворачивается быстро, за несколько часов. Тяжесть расстройств колеблется, в том числе и на протяжении суток, обычно усиливаясь к вечеру. Ухудшение состояния в вечерние часы особенно характерно для пациентов пожилого возраста с вознижней ранее возрастной деменцией.

Продолжительность делирия обычно невелика, и он чаще всего заканчивается выздоровлением в течение нескольких дней или недель. Однако состояние пациента может длительное время колебаться и для полного выхода из делирия иногда может потребоваться 4–6 месяцев. Тяжелые и нелеченные случаи могут закончиться развитием деменции («*хронического мозгового синдрома*») либо даже привести к смерти.

3. Органический амнестический синдром после ЧМТ

Проявляется значительным нарушением памяти, при этом выпадают события недавнего прошлого – последних часов, дней, недель или месяцев (*ретроградная амнезия*), в то время как память на очень давние события (5–10 и более лет) часто сохранена. В связи с плохой фиксацией недавних событий постепенно формируется так называемая *антероградная амнезия* т.е. неспособность запомнить события, происшедшие после начала заболевания, и нарушается ориентировка в окружающем. При этом пациент не может назвать время, дату, срок пребывания в больнице, не узнает соседей по палате, врача и т.д. В то же время фиксационная память, т.е. способность к непосредственному воспроизведению материала (например, сразу же воспроизвести за врачом ряд цифр, имен), не страдает. В более тяжелых случаях пробелы в памяти могут заполняться *конфабуляциями* – вымыслами, не имеющими ничего общего с действительностью, либо *псевдореминисценциями*, т.е. рассказами о событиях, которые действительно происходили, но совсем в другое время.

В отличие от состояний деменции, при которых память может также значительно нарушаться, у пациентов с органическим амнестическим синдромом остальные когнитивные и интеллектуальные функции вполне сохранены. Развитие органического амнестического синдрома обычно связано с двухсторонним повреждением диэнцефальных и височных структур, области гипоталамуса и гиппокампа.

Течение чаще хроническое, однако в ряде случаев, если данный синдром возник в результате острой кратковременной гипоксии мозга, он может быть полностью обратим, и это зависит от своевременной диагностики и оказания неотложной помощи.

4. Органическое бредовое (шизофреническое) расстройство в отдаленном периоде ЧМТ

Данное расстройство (синоним: *органический бредовой синдром*) характеризуется наличием разнообразных по содержанию бредовых идей – преследования,

отношения, воздействия, ревности, величия, ипохондрических и др. при ясном сознании и достаточной сохранности когнитивных функций. Бреду могут сопутствовать отдельные галлюцинации, кататонические проявления. Иногда – расстройства мышления, напоминающие шизофренические (непоследовательность, разноплановость и т.д.), что в итоге дает картину, весьма похожую на параноидную шизофрению. В отличие от нее при органическом бредевом расстройстве не возникает шизофренической негативной симптоматики в виде эмоциональной холодности, отчужденности, безволия и т.д.

5. Органическое расстройство личности после ЧМТ

Данное расстройство (синонимы: *органическая психопатия, органическая псевдопсихопатическая личность*) проявляется выраженными изменениями личности и поведения пациента вследствие той или иной органической причины (психопатизация). При этом на первый план в клинической картине выступают нарушения эмоций, воли, влечений и поведения, в то время как когнитивные функции пациента в целом сохранены.

Согласно МКБ-10, для постановки достоверного диагноза органического расстройства личности помимо установления самого факта повреждения или дисфункции головного мозга необходимо наличие еще по крайней мере двух из числа следующих признаков:

значительное снижение способности к продолжительной целенаправленной деятельности;

изменения эмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности, эйфории, раздражительности, приступов злобы и агрессии либо апатии;

утрата или снижение способности контролировать свои потребности и влечения, когда пациент совершает действия по их удовлетворению без учета социальных норм и последствий своего поведения (воровство, неадекватные сексуальные притязания, прожорливость и т.д.);

нарушения мышления в виде подозрительности, бредовых мыслей или чрезмерной озабоченности какой-либо одной абстрактной темой (например, религией, «*что правильно, а что нет*» и т.д.);

выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, например случайные и побочные ассоциации, вязкость и др.;

изменения сексуального поведения, включая изменения сексуального предпочтения.

Частым вариантом этой патологии является так называемый *лобный синдром*, возникающий при поражении лобных долей мозга вследствие названных выше органических причин. Он проявляется вялостью, безразличием, утратой прежних побуждений и неспособностью контролировать свои импульсы и поведение. Для таких пациентов характерны также эмоциональные вспышки с агрессией, грубые и откровенные формы сексуального поведения, плоские,

неуместные шутки, анекдоты и комментарии («*лобный юмор*»), фамильярность в общении с окружающими, прожорливость, воровство и т.д. Течение расстройства зависит от вызвавшей его причины и обычно является хроническим, с постепенным нарастанием симптоматики, хотя в некоторых случаях при своевременной терапии возможно и полное выздоровление.

6. Посткоммоционный синдром

Отдаленные последствия возникают обычно через полгода и более после перенесенной травмы и проявляются: повышенной утомляемостью, неспособностью к длительному психическому и физическому напряжению, раздражительностью, нетерпеливостью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям и другой астенической симптоматикой. Характерны также жалобы на головные боли, головокружение, неустойчивость внимания, плохую переносимость конфликтов и стресса, расстройства сна, проявления вегетативного дисбаланса – потливость, сухость во рту, сердцебиение и т.д. В результате этих расстройств нередко изменяется жизненный стереотип пациента, снижаются степень его уверенности в себе и самооценка, падает уровень социальных достижений.

Для постановки диагноза посткоммоционного синдрома по МКБ-10, наряду с доказанным фактом травмы, достаточно наличия хотя бы трех из числа вышеперечисленных симптомов.

Прогноз этих расстройств весьма различен и зависит от тяжести травмы, возраста пациента, наличия сопутствующих неблагоприятных факторов (сосудистые повреждения, интоксикации, инфекции, употребление психоактивных веществ и др.). На отдаленный прогноз влияют также преморбидные личностные особенности и степень развития когнитивных способностей пациента, наличие других психических расстройств (коморбидность). Поэтому в некоторых случаях эти расстройства с течением времени исчезают, а в других – утяжеляются с последующим развитием деменции либо органического амнестического синдрома.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Приведите классификацию и распространенность черепно-мозговых травм.
2. Какие различают периоды развития психических расстройств после ЧМТ?
3. Дайте характеристику начального периода после ЧМТ.
4. Какие особенности психических нарушений в острый период после ЧМТ?
5. Дайте характеристику расстройств и основных синдромов в период реконвалесценции.
6. Какие формы психических расстройств отмечаются в позднем периоде после ЧМТ?

7. Дайте характеристику психоза острого периода (делирий).
8. Какие диагностические критерии делирия по МКБ-10?
9. Какие вегетативные нарушения отмечаются при делирии?
10. Какие особенности психотерапии больных с делирием?
11. Охарактеризуйте органический амнестический синдром после ЧМТ.
12. Какие отличия нарушений памяти при органическом амнестическом синдроме от деменций?
13. Что характерно для органического бредового расстройства в отдаленном периоде ЧМТ? Его отличие от шизофрении.
14. Как проявляется органическое расстройство личности после ЧМТ?
15. Какие диагностические признаки органического расстройства личности после ЧМТ?
16. Какие характерны симптомы лобного синдрома расстройства личности после ЧМТ?
17. Приведите симптоматику посткоммоционного синдрома.
18. Какие диагностические критерии посткоммоционного синдрома по МКБ-10?
19. Какой прогноз течения посткоммоционного синдрома?
20. Какие особенности терапии психических расстройств после ЧМТ?

Литература: [1, с. 216–219]; [2, с. 232–243]; [7, с. 65–67, 293–295]; [8, с. 344–361]; [6д, с. 61–66]; [10д, с. 194–195].

ТЕМА 23. ЭПИЛЕПСИЯ – ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ И ПАРЦИАЛЬНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ, НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ, ПАМЯТИ И ЛИЧНОСТИ

- 1. Эпилепсия – этиология, распространенность, генез.*
- 2. Генерализованная идеопатическая эпилепсия (большой судорожный припадок).*
- 3. Абсансные и миоклонические (малые эпилептические) припадки.*
- 4. Простые, сложные и вторично-генерализованные парциальные припадки.*
- 5. Эпилептический статус больших судорожных припадков.*
- 6. Психотерапия больных эпилепсией.*

1. Эпилепсия – этиология, распространенность, генез

Эпилептическая болезнь – хронически протекающее заболевание, вызванное поражением ЦНС, проявляющееся судорожными или бессудорожными припадками и специфическими изменениями личности.

Заболевание может возникнуть в любом возрасте; оно широко распространено: по мировой статистике встречается почти у 1 % всего населения.

Различают эпилепсию как болезнь и эпилептические (эпилептиформные) припадки, которые могут не иметь к эпилепсии никакого отношения (например, судорожные припадки при острых нарушениях мозгового кровообращения, менингитах, энцефалитах, фебрильные судороги у детей и т.п.). Для развития заболевания необходимо формирование эпилептического очага в коре больших полушарий, имеющего обычно атрофически-склеротический характер. Зона возникновения эпилептических разрядов располагается на периферии рубцов и других поражений. В нейронах эпилептического очага появляется патологическая склонность к деполяризационным сдвигам мембранного потенциала; эти нейроны и составляют патологический очаг, вызывающий гиперсинхронный разряд. В основе эпилептических припадков лежит преобладание возбуждающих и снижение функции тормозящих нейротрансмиттеров.

В развитии эпилептической болезни определенное значение имеет наследственный фактор, что особенно заметно при наследовании абсансов. Считают также, что в механизме развития, например, первично-генерализованной эпилепсии имеет значение нарушение развития организма во внутриутробном периоде.

Выделяют две группы судорожных припадков (пароксизмов): генерализованные и парциальные. Среди генерализованных различают судорожные и бессудорожные (абсансы): среди парциальных – простые, сложные и вторично-генерализованные.

2. Генерализованная идеопатическая эпилепсия (большой судорожный припадок)

Остро возникающий приступ с тоническими и клоническими судорогами и коматозным помрачением сознания. Развитию припадка часто предшествует **аура** – кратковременное (несколько секунд) помрачение сознания, возникающее непосредственно перед большим судорожным припадком, которое может сопровождаться различными обманами восприятия (зрительные, обонятельные и другие галлюцинации) и вегетативными пароксизмами. Как правило, переживаемые во время ауры ощущения сохраняются в памяти.

Эпилептические припадки характеризуются:

внезапностью возникновения и прекращения;

относительной кратковременностью;

стереотипностью (т.е. тенденцией к повторению в однообразной форме);

повторяемостью.

Выявление этих признаков имеет значение для отграничения эпилептических припадков от различных внешне сходных с ними приступообразных расстройств. В тонической фазе большого припадка больной теряет сознание, с криком (из-за судорожного сокращения мышц гортани) падает, тело и конечности сводятся судорогой. Язык может быть прикушен, дыхание останавливается, лицо бледнеет, затем становится цианотичным, зрачки не реагируют на свет, сознание полностью утрачивается (кома). Через несколько секунд начинается клоническая фаза припадка: судорожные подергивания мышц конечностей, шеи, выделение пены изо рта, иногда происходит непроизвольное мочеиспускание. Дыхание восстанавливается только по завершении судорог. Выход из комы происходит через стадию оглушения, когда может развиваться сумеречное расстройство сознания, после чего наступает глубокий сон. Сам припадок больные амнезируют.

Частоту припадков полагается указывать в диагнозе больного эпилепсией; критерии следующие: 1 припадок в год – редкие, 1 раз в месяц – средние, 1 раз в неделю – частые.

3. Абсансные и миоклонические (малые эпилептические) припадки

Миоклонические приступы (миоклонус-эпилепсия). Проявляются непродолжительными судорожными подергиваниями мышц без потери сознания. Во время припадка больные роняют предметы, которые держат в руках, могут упасть со стула.

Абсансные припадки. **Простой припадок** представляет собой внезапное кратковременное (2–15 с) выключение сознания с застывшим взглядом, иногда с ритмическими подергиваниями глазных яблок или век. Больные не падают; приступ заканчивается внезапно возвращением больного в исходное состояние. Обычно абсансы не замечают и могут не диагностировать в течение нескольких лет.

Сложный абсанс отличается от простого, помимо кратковременного выключения сознания, изменением тонуса различных групп мышц (отвисает челюсть, опускается поднятая рука и т.п.), двусторонним легким вздрагиванием мышц, различными вегетативными нарушениями (побледнение или покраснение лица и рук, испускание мочи, кашель и т.п.). Абсансам никогда не предшествует аура, припадки начинаются и заканчиваются внезапно, амнезируются.

4. Простые, сложные и вторично-генерализованные парциальные припадки

Простые парциальные припадки. Эти припадки связаны со специальной функцией тех областей головного мозга, откуда проистекают патологические разряды. Например, клонические судороги вызываются избыточными разрядами клеток моторной зоны коры, зрительные – затылочной и т.п. Двигательные простые парциальные припадки (*Джексоновская эпилепсия*) – особая форма местных эпилептических припадков, которая характеризуется появлением приступов клонических или тонико-клонических судорог при сохраненном сознании. Они начинаются с той или иной группы мышц и распространяются в определенной последовательности, постепенно захватывая все новые рядом расположенные мышцы. Припадки *Джексоновской эпилепсии* обычно вызываются последствиями черепно-мозговой травмы или каким-либо органическим поражением головного мозга (опухоль, менингоэнцефалит и т.д.).

Сложные парциальные припадки (психомоторные). Начинаются чаще в возрасте до 20 лет и сопровождаются некоторыми нарушениями сознания. Начинаются обычно с ауры; при этом пациент частично понимает, что происходит вокруг него, но позднее не всегда может воспроизвести происшедшее. У больного могут наблюдаться неадекватные и нецеленаправленные автоматизированные движения, например причмокивание, он может начать раздеваться в автобусе и т.п. Нарушения сознания – характерная черта сложных парциальных припадков.

Вторично-генерализованные парциальные припадки. В ряде случаев парциальные припадки трансформируются в генерализованные припадки с тонико-клоническими судорогами. В начале припадка может возникать аура. Постприпадочные симптомы у больных с парциальными пароксизмами включают:

- онемение или слабость в конечностях, в которых были судороги;
- транзиторную афазию;
- коматозное или спутанное сознание с последующей амнезией.

Прогностически неблагоприятными признаками эпилепсии являются: раннее начало болезни, наличие абсансных припадков, склонность к серийным генерализованным припадкам и возникновение эпилептического статуса, нарушения сознания в послеприпадочном периоде, большая частота и тяжесть сумеречных нарушений сознания.

5. Эпилептический статус больших судорожных припадков

Эпилептический статус больших судорожных припадков. Это состояние характеризуется непрерывным следованием судорожных пароксизмов один за другим без восстановления ясности сознания. Эпилептический статус угрожает жизни больного и является абсолютным показанием к началу неотложной терапии и последующей госпитализации (при малой эффективности проводимого лечения) в реанимационное отделение.

При длительном течении заболевания у пациентов развиваются определенные психологические черты, которые представляют собой *специфические эпилептические изменения личности (эпилептический характер)*: сужается круг интересов, больные становятся эгоистическими, придирчивыми, мелочными; холодность к окружающим маскируется показной любезностью и слащавостью, стремлением угодить собеседнику; легко происходят переходы от лживой навязчивости к злобности и агрессивности, буйным аффектам ярости; вместе с тем им свойственны инертность, злопамятность, мстительность; мышление становится «вязким» с склонностью к детализации.

У больных эпилепсией постепенно развиваются изменения личности. Медленно нарастают заторможенность, медлительность мышления. Речь многословна, но больной не может выделить главную мысль. Собственное «Я» всегда в центре внимания. Больные эпилепсией – большие педанты, особенно в мелочах, сторонники «*правды и справедливости*», склонны к банальным нравоучениям, любят навязчиво опекать людей.

При неблагоприятном течении болезни развиваются амнестический синдром и эпилептическое слабоумие.

6. Психотерапия больных эпилепсией

Большую роль при лечении эпилепсии играет психотерапевтическая поддержка больного. Следует разъяснять пациенту, что почти в каждом случае отношение к его болезни со стороны окружающих будет во многом определяться его собственным отношением к припадкам. Если он относится к ним как к небольшому неудобству, с которым ему приходится мириться и которое ни в коем случае не может помешать ему жить полноценной жизнью и общаться с другими людьми, то друзья, коллеги и близкие скорее всего разделят его точку зрения. Больному есть смысл рассказать своему ближайшему окружению, что они должны предпринять в случае очередного припадка.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Что представляет собой эпилептическая болезнь?
2. Чем различаются припадки при эпилепсии и судорожные припадки?
3. Какие факторы имеют значение для развития эпилепсии?
4. Чем характеризуется генерализованная идеопатическая эпилепсия?

5. Что такое эпилептическая аура?
6. Какие характерные черты эпилептических припадков?
7. Какая клиническая картина большого судорожного припадка?
8. Какие критерии частоты припадков?
9. Чем проявляются миоклонические приступы?
10. Чем характеризуется абсансный припадок:
 - а) простой?
 - б) сложный?
11. Как проявляются простые парциальные припадки в форме Джексон-новской эпилепсии?
12. Дайте характеристику сложным психомоторным парциальным припадкам.
13. Какие характерные симптомы в период приступа и после него при вторично-генерализованных парциальных пароксизмах?
14. Какие неблагоприятные прогностические признаки эпилепсии?
15. Что представляет состояние эпилептического статуса?
16. Какие специфические изменения личности отмечаются у больных эпилепсией?
17. Какие особенности психотерапии больных с эпилепсией?

Литература: [7, с. 274–283]; [8, с. 287–308]; [7д, с. 172–180]; [10д, с. 191–193].

ТЕМА 24. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ – ПСИХОПАТИИ

1. *Психопатические состояния, основные типы синдромов расстройств личности: психопатии, патохарактерологические развития, психопатизации.*
2. *Диагностические критерии отличия психопатических состояний от акцентуаций личности.*
3. *Психопатии, классификация клинических форм.*
4. *Основные симптомы и признаки астенической и психастенической форм.*
5. *Симптоматика шизоидной и паранойяльной форм.*
6. *Характерология возбудимой (эпилептоидной) и истерической форм.*
7. *Диссоциальная и эмоционально неустойчивая формы расстройства личности.*
8. *Классификация психопатий, критерии диагностики специфических расстройств личности.*
9. *Психодиагностика расстройств личности.*

1. Психопатические состояния, основные типы синдромов расстройств личности: психопатии, патохарактерологические развития, психопатизации

Патология личности многообразна, сложна и трудна для описания. Личностные расстройства могут быть результатом деформации или деструкции структуры личности.

Деформация – диспропорциональное соотношение структурных элементов, дисгармония личности, возникшая в процессе ее развития. Таким образом, деформация личности является следствием неправильного ее формирования. Она приводит к развитию психопатических состояний.

Деструкция – патологический процесс разрушения сложившейся к моменту начала болезни структуры личности в целом или отдельных ее компонентов. Деструкция приводит к разнообразным по выраженности и структуре дефектам личности.

Психопатические состояния – формы патологии личности, сущность которых заключается в ее общей дисгармонии, нарушающей социальную адаптацию. Наблюдаются они при психопатиях, патохарактерологических развитиях и психопатизациях. *Психопатии* (истинные, ядерные, генуинные, идеопатические) – это аномалии характера, в происхождении и развитии которых большой удельный вес занимают конституциональные наследственные факторы. *Патохарактерологические развития* – это психопатические состояния, возникающие вследствие сочетания специфических неблагоприятных воздействий микросоциосреды (воспитание, психогении, социогении) и индивидуальных особенностей личности, ее акцентуаций. *Психопатизации* – психопатические состояния, возникающие на фоне органических церебральных или некоторых хронических соматических заболеваний с неблагоприятным течением.

2. Диагностические критерии отличия психопатических состояний от акцентуаций личности

Основные клинические критерии психопатических состояний: тотальность, относительная стабильность патологических черт личности и их выраженность в такой степени, что они нарушают социальную адаптацию.

По своей клинической структуре психопатические состояния имеют синдромальный характер. При их классификации в общей психопатологии используют не только (и не столько) язык специфических симптомов, но и терминологию психологии личности.

Психопатические состояния следует отличать от *акцентуаций личности*. Это крайние варианты нормы, проявляющиеся значительным усилением отдельных черт личности. В зависимости от ситуации они могут способствовать или развитию способностей личности (социально-положительные достижения), или возникновению различных форм личностной патологии: кратковременные и затяжные проходящие психогенные состояния, патохарактерологические развития.

Одним из дифференциально-диагностических критериев, позволяющих отличить акцентуации от психопатических состояний, являются условия возникновения при них социальной дезадаптации. Дезадаптация личности возникает только после воздействия специфического для каждого вида акцентуаций психогении, тогда как при психопатических состояниях дезадаптация личности может быть следствием психогении любого рода или даже появляться без видимых причин.

3. Психопатии, классификация клинических форм

Психопатии следует рассматривать как патологические характеры, сформировавшиеся под влиянием различных неблагоприятных (врожденных или приобретенных) факторов на основе аномалий высшей нервной деятельности.

При психопатиях нет признаков органического поражения головного мозга, о чем, в частности, говорит факт достаточно высокого развития интеллектуальных функций. Аномалии же высшей нервной деятельности могут проявляться в неуровновешенности основных нервных процессов и их чрезвычайной подвижности, в утрированном преобладании деятельности одной из сигнальных систем или в недостаточной регуляции подкорковых функций. Перечисленные аномалийные качества, выступая комбинированно, в разнообразных сочетаниях, и обуславливают ту или иную форму психопатии.

При психопатиях склонность к необычному, странному поведению, к резким изменениям настроения без соответствующих к тому причин является неотъемлемым свойством личности, постоянным ее качеством. Это и накладывает известный отпечаток на всю жизнь такого человека.

Наиболее стройной и удовлетворяющей потребностям практики является отечественная классификация психопатий, разработанная *О.В. Кербиковым*. Согласно ей, выделяются *тормозимые личности* (к ним отнесены астенические, психоастенические, патологически замкнутые – шизоиды), а также *возбудимые, истерические, неустойчивые, мозаичные личности и сексуальные психопаты*.

4. Основные симптомы и признаки астенической и психастенической форм

Астеническая форма (в МКБ 10 – зависимое расстройство личности). Для нее свойственна слабость и истощаемость процессов возбуждения и торможения. Астенические психопаты робки, застенчивы, малодушны, трусливы, рассеяны и легко поддаются внешнему влиянию. Они повышено ранимы и тяжело переносят жизненные невзгоды. Склонны к уединению, избеганию общества, не способны отстаивать свои интересы. При незначительных трудностях, болезнях уходят в себя, становятся беспомощными, чувствительными, вплоть до декомпенсации и нетрудоспособности.

Психастеническая форма (в МКБ-10 – тревожное (уклоняющееся) расстройство личности). Центральный признак психастенической формы – сочетание личностных особенностей астенического спектра и подчеркнутой нерешительности, мнительности (*«тревожно-мнительный характер»*), склонности к анализу и самоанализу (рефлексии), а также к образованию навязчивостей. Темперамент проявляется повышенной чувствительностью, а также реактивностью и эмоциональной возбудимостью со склонностью к реакциям тревоги. Ригидность преобладает над пластичностью, а интроверсия – над экстраверсией, что приводит к оторванности от реальной действительности. Неуверенность в себе создает условия для быстрого возникновения ритуалов и усвоения примет и суеверий. Реализация компонентов направленности затруднена в силу постоянно существующих нерешительности и сомнений, мешающих избрать мотив деятельности, принять решение и реализовать его. Они опасаются, что не смогут выполнить возложенных на них обязанностей, боясь ответственности, неприятностей и насмешек окружающих. В клинической картине состояний такого рода имеет место склонность к образованию разнообразных навязчивостей – мыслей, сомнений, страхов, действий.

В МКБ-10 психастенической психопатии соответствует *ананкастное* (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.

5. Симптоматика шизоидной и паранойяльной форм

Шизоидная форма (патологически замкнутые). Главные черты шизоидной формы – сниженная потребность в общении и недостаточная эмоциональная откликаемость, в связи с чем подобных пациентов называют еще патологически замкнутыми. Темперамент проявляется высокой чувствительностью,

умеренным темпом реакций, малой эмоциональной возбудимостью, ригидностью, подчеркнутой интровертированностью. В характере наиболее значимы такие черты, как замкнутость, отгороженность, отсутствие чувства сопереживания, слабость привязанностей – до душевной холодности и черствости. Мышление оторвано от реальности, формализовано, схематизировано. Некоторые больные склонны к бесплодным рассуждениям, схоластике. Для некоторых представителей этой группы свойственны чуждаковатость поведения, странность облика и манер, угловатость движений.

Не входят в шизоидное расстройство личности шизофрения, шизотипическое расстройство, синдром Аспергера, шизоидное в детском возрасте и бредовое расстройство.

Паранойальная форма (в МКБ-10 – параноидное расстройство личности). Важнейшим свойством паранойальной формы является склонность к возникновению сверхценных идей. Темперамент проявляется умеренной сенситивностью, высокой реактивностью и активностью (с преобладанием первой), некоторым ускорением темпа реакций, высокой возбудимостью эмоций со склонностью к концентрации аффекта на индивидуально значимых, катимных переживаниях. Характерны ригидность и экстравертированность. Здесь наиболее значимы следующие черты: непомерно высокое самомнение, болезненно обостренное самолюбие, подозрительность, упрямство, сочетающиеся с узостью кругозора, а иногда и с интеллектуальной ограниченностью. Больные склонны переоценивать себя, продукты своего труда и некоторые ситуации, ущемляющие их самолюбие. Им свойствен эгоизм. Мышление, как правило, незрелое, неглубокое, четко выявляется такое качество ума, как не критичность. Они нетерпимы к возражениям, не прощают никому равнодушия, несогласия. Правдивы до утрированной прямолинейности, грубы и недоверчивы, тщеславны и честолюбивы. Сфера направленности личности резко сужена, порой сконцентрирована только на индивидуально значимых мотивах, связанных по содержанию со сверхценными идеями. Все, что выходит за пределы последних, как бы социально значимо оно ни было, их не интересует. В плане же исполнения сверхценных идей – крайне целеустремленные, упорные, упрямые.

6. Характерология возбудимой (эпилептоидной) и истерической форм

Возбудимая (эпилептоидная) форма. Ведущая черта возбудимой формы – сочетание полярных качеств, таких, как торпидность и взрывчатость, угодливость и мстительность, слащавость и брутальность. Темперамент представляет собой крайний вариант холерического и имеет следующие свойства: низкая сенситивность, высокая активность и реактивность (причем последняя преобладает), ускоренный темп реакций, значительно повышенная эмоциональная возбудимость, достигающая степени взрывчатости со злобно-гневливым содержанием и безудержной ярости, экстравертированность, утрированная ригидность. Для характера типичны себялюбие, черствость, упрямство,

злость. Их инициатива ограничена рамками эгоистических стремлений. Дисциплинированы, пунктуальны, аккуратны до педантизма, бережливы до скупости, мелочны. Отличаются мстительностью, жестокостью, подозрительностью, скандальностью, склонны к тирании подчиненных и близких. В то же время с лицами, от которых зависят, ситуационно подобострастны, слащавы, угодливы. Недостаточность симпатии и сострадания в сочетании с описанными качествами предрасполагает к антисоциальному поведению.

Истерическая форма (истерическое расстройство личности). Основными чертами истерической формы являются психический инфантилизм, эмоциональная лабильность, эгоизм, эгоцентризм. Психологически они незрелы, мышление аффективно непоследовательно, подчиняются существующей в данный момент эмоции, суждения и умозаключения нестойки и поверхностны, отличаются склонностью к фантазированию, повышенной внушаемостью. Они крайне эгоистичны, себялюбивы. Черствы, заносчивы, капризны, упрямы, нередко грубы.

Эгоцентризм проявляется стремлением привлечь к себе всеобщее внимание любыми средствами. В связи с этим они хвастливы, лживы, вплоть до псевдологии и мифомании. Эгоцентризм прямо связан с эксцентризмом – поведением, ставящим личность вне общепринятых в данное время и в данной группе норм: экстравагантность внешности, ультрамодность одежды, самооговоры, самоповреждения, преступление границ морали и закона и т.п.

Эмоциональная лабильность проявляется неустойчивым настроением, нестойкими интересами и привязанностями.

Физическое развитие истерических психопатов отличается рядом особенностей, в частности проявлением эндокринных нарушений (инфантилизм, черты дизцефального ожирения, раннее поседение и т.п.).

7. Диссоциальная и эмоционально неустойчивая формы расстройства личности

Диссоциальное расстройство личности (антисоциальная психопатия) обычно обращает на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами и характеризуется следующим: бессердечным равнодушием к чувствам других; грубой и стойкой позицией безответственности и пренебрежением социальными правилами и обязанностями; неспособностью поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении; крайне низкой толерантностью к фрустрациям, а также низким порогом разряда агрессии, включая насилие; неспособностью испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания.

В диссоциальное расстройство личности включены социопатическое, аморальное, асоциальное, антисоциальное и психопатическое расстройства личности. Не входят расстройства поведения и эмоционально нестабильное расстройство личности.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (эксплозивная психопатия) выражается тенденцией действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения.

Выделяются две разновидности этого личностного расстройства, и при обоих наблюдаются общая основа импульсивности и отсутствие самоконтроля.

Импульсивный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности характеризуется преобладанием эмоциональной неустойчивости и отсутствием контроля импульсивности, частыми вспышками жестокости и угрожающего поведения, особенно в ответ на осуждение окружающими.

В данный подтип включены эксплозивное и агрессивное расстройства личности; не входит диссоциальное.

Пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности (псевдоневротическая шизофрения) имеет некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости; кроме того, образ «Я», намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные, характерно хроническое чувство опустошенности) часто непонятны или нарушены.

В этот подтип включено пограничное расстройство личности.

8. Классификация психопатий, критерии диагностики специфических расстройств личности

Психопатиям соответствуют многообразные расстройства личности. Выделяют следующие основные их разновидности:

специфические расстройства личности: параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально неустойчивое (импульсивный и пограничный типы), истерическое, ананкастное (обсессивно-компульсивное), тревожное (уклоняющееся), зависимое;

смешанные и причиняющие беспокойство расстройства личности;

хронические изменения личности, *не связанные с повреждением или заболеванием мозга* (после переживания катастрофы, после психической болезни, другие изменения, неутонченное изменение).

Специфическое расстройство личности – это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости. Поэтому диагноз личностного расстройства до 16–17-летнего возраста выставлять нецелесообразно.

Эти состояния не объясняются обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и должны удовлетворять следующим критериям:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например аффективность,

возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Полным основанием для диагноза служит обычно наличие, по крайней мере, трех перечисленных характерологических признаков или особенностей поведения.

К другим специфическим расстройствам личности относятся такие, которые не соответствуют ни одному из описанных выше типов. В них входят, в частности, эксцентрическое, безудержное, инфантильное, пассивно-агрессивное и психоневротическое расстройства личности.

В расстройства личности не включена акцентуация личностных черт.

Группа хронических изменений личности, не связанных с повреждением или заболеванием мозга, входит в классификацию впервые и рассматривает расстройства зрелой личности и поведения, которые развились у индивидуума без предшествующего личностного расстройства в результате катастрофических или чрезмерных продолжительных стрессов, а также после тяжелых психических заболеваний. Этот диагноз может быть установлен, если имеются заметные или длительные личностные изменения восприятия и оценки окружения и самого себя, а также отношения к ним. Личностные изменения должны быть выраженными и связанными со стойким плохо адаптированным поведением, которое отсутствовало до патогенного переживания. Изменения не должны быть проявлением иного психического расстройства или остаточным симптомом какого-либо предшествующего психического расстройства.

Хроническое изменение личности должно быть диагностировано только тогда, когда изменения носят постоянный характер (не менее 1,5–7 лет), нарушают обычный стереотип жизни и этиологически могут быть прослежены глубокие и жизненно важные экстремальные переживания. Диагноз не может быть установлен, если личностное расстройство является вторичным по отношению к значительному повреждению или заболеванию мозга.

9. Психодиагностика расстройств личности

Наиболее эффективный способ изучения здоровой и больной личности – обобщение независимых характеристик, получаемых при изучении человека в различных видах его деятельности. Он включает в себя биографический

метод (метод беседы), при котором выясняют историю развития личности, подробно прослеживая жизненный путь с раннего детства, обучение в школе и учебном заведении, работу, семейную жизнь. Изучают характерологические особенности настоящего периода: идейно-моральные, интеллектуальные, волевые черты, типологические особенности, привычки и интересы, запросы и потребности. Сравнивают их до и после начала заболевания, оценивают новые свойства в характере, появившиеся в течение болезни.

Значительно более точные данные о свойствах личности больного (в том числе и его типологических особенностях) могут быть получены методом *лабораторного эксперимента*, т.е. путем *экспериментально-психологических исследований*. При их проведении важно учитывать не только получаемые формальные результаты, но и то, как ведет себя больной во время исследования, как он реагирует на предлагаемые ему задания.

Широкое распространение за рубежом и в нашей стране в качестве инструмента для исследования личности получили различные психодиагностические методики, которые можно разделить на три большие группы: методики, основанные на собеседовании с испытуемым; личностные опросники и проективные методики.

Методики-интервью подразделяются на структурированные (с заранее составленной последовательностью определенного содержания вопросов) и неструктурированные (при этом вопросы построены с учетом достаточной свободы испытуемого в своих ответах).

Личностные опросники базируются на самоотчете испытуемого о каких-либо собственных значимых качествах. Различают одномерные и многомерные личностные опросники. Одномерные опросники используются для изучения какого-либо одного аспекта личности, например методики *Спилберга–Ханина* (изучение реактивной и личностной тревожности), *УСК* (изучение различных аспектов уровня субъективного контроля), методики *Тейлор* (изучение тревожности) и т.д. Многомерные опросники предназначены для исследования широкого спектра личностных особенностей испытуемых, в их число, например, входят *СМИЛ* (стандартизированный метод исследования личности) – отечественный вариант *ММРП*, 16-факторный личностный опросник *Р.Б. Кэттелла*, Калифорнийский личностный опросник (*СРП*) и др. Для характерологического типирования форм акцентуаций и психопатий в основном используют патопсихологический диагностический опросник *А.Е. Личко*.

Проективные методики, по замыслу их создателей, предназначаются для раскрытия неосознаваемых конфликтов личностью ее скрытых мотивов, переживаний. В основе проективных методик лежат некоторые положения учения *З. Фрейда*.

Полагают, что в ответ на предъявляемые проективные стимулы испытуемые реагируют выявлением неосознаваемых переживаний. Наиболее известные проективные методики: *Роршара*, *ТАТ*; незаконченных предложений,

Сорди; с определенными допущениями – методика изучения фрустрационной толерантности *С. Розенцвейга* и др.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Что представляет собой деформация структуры личности?
2. В чем суть деструкции структуры личности?
3. Чем характеризуются психопатические состояния и какие формы патологии личности включают?
4. Что лежит в основе различий психопатии, патохарактерологического развития и психопатизации?
5. Какие основные клинические критерии психопатических состояний?
6. В чем отличие психопатических состояний от акцентуаций личности?
7. Дайте понятие о психопатиях.
8. Какие психофизиологические особенности психопатий?
9. Как проявляются психопатии?
10. Приведите классификацию психопатий.
11. Какими симптомами характеризуется психастеническая форма психопатий?
12. Какой наиболее постоянный признак психастении и каким клиническим формам расстройства личности соответствует?
13. Какие главные черты шизоидной формы психопатии?
14. Какими свойствами и проявлениями характеризуется паранойяльная форма психопатии?
15. Какие черты личности свойственны возбудимой (эпилептоидной) форме психопатии?
16. Как проявляется истерическая форма психопатии?
17. В чем суть диссоциального расстройства личности?
18. Дайте характеристику эмоционально неустойчивого расстройства личности.
19. Чем характеризуется импульсивный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности?
20. Какие проявления свойственны пограничному типу эмоционально неустойчивого расстройства личности?
21. Какие виды расстройств личности соответствуют психопатиям (их классификация)?
22. Дайте понятие о специфических расстройствах личности.
23. Назовите критерии специфических расстройств личности.
24. На основании чего диагностируются хронические изменения личности?
25. Какие способы и методы используются для психодиагностики патологии личности?

Литература: [1, с. 226–244]; [2, с. 310–324]; [6, с. 81–91]; [7, с. 205–232]; [8, с. 373–386]; [10д, с. 186–190].

ТЕМА 25. АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ИХ ФОРМЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ В ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Контрольные вопросы

- 1. Астенический синдром - характеристика.*
- 2. Обязательные симптомы и формы астенического синдрома.*
- 3. Гипостеническая (гипотимическая) форма астении.*
- 4. Формы психических расстройств с астеническим синдромом.*
- 5. Органическое астеническое расстройство.*
- 6. Неврозы и их основные формы (неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний).*

1. Астенический синдром - характеристика.

Астенический синдром – состояние нервно-психической слабости – включает в себя и эмоционально-гиперестетические расстройства. Это простой синдром. Ведущее его проявление – собственно астения. Признаками последней являются повышенная утомляемость и истощаемость нервно-психических процессов. В результате у больного возникает истощаемость произвольного внимания и его концентрации, нарастают рассеянность, отвлекаемость, затрудняется сосредоточение, появляется функциональное затруднение запоминания и активного вспоминания, что сочетается с затруднением осмысления и схватывания. Так, чтение быстро превращается в механический процесс без усвоения и понимания смысла прочитанного. Поведении больных астении проявляется нетерпеливостью, быстрым истощением целенаправленной активности, что сопровождается сменой объектов и видов деятельности, не доведением начатого до конца. Падает физическая и нервно-психическая трудоспособность. При работе довольно быстро появляются усталость, вялость, потребность в отдыхе, после которого наблюдаются всплески активности и улучшения самочувствия.

2. Обязательные симптомы и формы астенического синдрома

Обязательные симптомы: эмоционально-гиперэстетические и вегетовисцеральные расстройства. К первым относятся раздражительная слабость – остро возникающие кратковременные реакции недовольства, гневливость по малозначимым поводам (симптом «спички»), эмоциональная лабильность, слабодушие. Ведущий фон настроения – гипотимия, мрачность, капризность. Имеют место нетерпимость и плохая переносимость ожидания. Характерны гиперестезия, головные боли, реже – сенестопатии. Вторые проявляются лабильностью деятельности сердечно-сосудистой системы, стойким дермографизмом, гипергидрозом, акроцианозом, иногда колебаниями температуры от субнормальной до субфебрильной, снижением либидо и потенции. Возникает повышенная чувствительность к климатическим и метеорологическим факторам (перепады барометрического давления, температуры, повышение влажности воздуха, мороз

и т.п.). Встречающиеся обычно нарушения сна представлены расстройствами засыпания, частыми пробуждениями, отсутствием чувства отдыха и ощущением разбитости, тяжести в голове утром.

Выделяют две формы астенического синдрома – гиперстеническую и гипостеническую. При гиперстенической форме в клинической картине астенического синдрома преобладают эмоционально-гиперэстетические расстройства. При гипостенической форме на первый план выступает резко выраженная собственно астения.

3. Гипостеническая (гипотимическая) форма астении

Основными чертами гипотимической формы являются пониженное настроение и пессимизм. Отмечаются повышенная чувствительность и эмоциональная возбудимость с депрессивным содержанием эмоциональных реакций, пониженная реактивность и активность, замедленный темп реакций. На первый план вступает унылость, угрюмость, слезливость, склонность во всем видеть мрачные стороны. Даже приятные события сейчас же отравляются у больных мыслью о непрочности радости. Склонны к пониженной самооценке, ипохондричности, утрированным угрызениям совести, нерешительности.

4. Формы психических расстройств с астеническим синдромом

Астенический синдром встречается при неврозах, являясь сущностью астенического невроза (неврастении). При последнем его развитие проходит три этапа: гиперстенический, раздражительной слабости, гипостенический. Кроме того, астенический синдром наблюдается при многих соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга, шизофрении. Для шизофренической астении характерно, что нарастание тяжести астенического синдрома происходит независимо от умственного напряжения, а также выраженная неадекватность раздражительности, приближающейся к огрублению эмоций, падение активности, сужение круга побуждений, аутизация.

5. Органическое астеническое расстройство

Проявляется разнообразной астенической симптоматикой: колебаниями настроения, утомляемостью, раздражительностью, несдержанностью, плаксивостью, обостренным восприятием внешних раздражителей (гиперестезией), головными болями, нарушением сна, неприятными ощущениями в теле, вегетативной неустойчивостью и т.д. Характерно для гипертонической болезни и сосудистых повреждений мозга. Диагноз органического астенического расстройства используется в случаях, когда есть сосудистые нарушения, но нет более грубых психических изменений, например, деменции.

6. Неврозы – обратимые психические расстройства, проявляющиеся эмоциональными и соматовегетативными расстройствами, вызванными в основном психогенно (конфликтногенно) вследствие кратковременного воздей-

ствия стресс-факторов, протекающими с осознанием болезни, без нарушений отражения реального мира.

Неврозы делятся в основном на три вида – неврастения, истерический невроз и невроз навязчивых состояний.

Неврастения – наиболее распространенная форма неврозов, характеризующаяся состоянием раздражительной слабости.

Клиническая картина представлена двумя основными типами. При первом типе наиболее выраженным симптомом являются жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, часто снижается профессиональная продуктивность или эффективность в повседневных делах. При другом типе основными признаками заболевания являются физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, которые сопровождаются чувством боли в мышцах и невозможностью расслабиться.

Для установления диагноза требуются следующие критерии:

– постоянные жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы или на слабость после минимальных усилий;

– наличие, по крайней мере, двух из следующих симптомов: ощущение мышечных болей, головокружение, стягивающая головная боль («каска неврастеника»), нарушение сна, неспособность расслабиться, раздражительность, диспепсия;

– имеющиеся вегетативные и депрессивные симптомы не настолько продолжительны и тяжелы, чтобы соответствовать критериям других более специфических расстройств.

При затяжном течении (более 5-7 лет) появляются изменения, свойственные невротическому развитию.

Формирование неврастения происходит в три условных этапа.

1-й этап – эпизодические вегетативные нарушения: раздражительная слабость, сердцебиение, потливость, похолодание конечностей, стягивающая головная боль, нарушение сна (засыпания) и аппетита, возможны колебания артериального давления (симптомы эти проявляются при волнении или физической нагрузке).

2-й этап – сенсомоторные расстройства: повышение чувствительности к различным раздражителям (гиперестезии), к ощущениям со стороны внутренних органов. Формируется ипохондрическая настроенность, усиливающая тревожные ожидания и еще более понижающая порог ощущений. Истощаемость ухудшает, прежде всего, внутреннее торможение, больным трудно сосредотачиваться, ждать, выполнять мелкую точную работу.

В дальнейшем присоединяются аффективные нарушения (гипостезии): снижается эмоциональный контроль, по ничтожным поводам появляются вспышки обиды, раздражения, плача, которые неожиданно быстро проходят. Самочувствие по утрам плохое, на людях – разгул, к вечеру нарастает усталость.

Следующий 3 этап: переход на идеаторный уровень расстройства, свидетельствующий о сформировавшемся неврозе. Выступают жалобы на нарушение памяти, невозможность сосредоточиться, усвоить новую информацию.

Истерический невроз – это патологическое состояние психики человека, характеризующееся повышенной внушаемостью, слабостью сознательной регуляции поведения. Для истерического невроза характерно несоответствие между малой глубиной переживаний и яркостью их внешних проявлений: громкие крики, плач, мнимые обмороки, выразительные жесты по поводу незначительных, в действительности мало волнующих истерика событий.

Симптомы истерического невроза чаще всего напоминают проявления самых различных болезней, которых у больного на самом деле нет. Эмоции у истерика распространяются на область не только психических функций, но и соматических. Иногда у больного возникают истерические алгии (боли) различной локализации.

Любым истерическим нарушениям свойственна яркая эмоциональная окраска. Эмоции больных чрезмерны и рассчитаны на сочувствие окружающих. Классическим примером этого является истерический припадок. Но, в отличие от припадков при эпилепсии, они никогда не возникнут, если больной будет находиться в одиночестве. Ему всегда нужны зрители, публика.

При истерическом неврозе могут быть и различные параличи или, наоборот, избыточные движения (гиперкинезы).

Истерические параличи напоминают клиническую картину после мозгового инсульта, но она может обмануть только неспециалиста.

Истерическая астетизация-абазия – это истерическое состояние психики, при котором больной ощущает слабость в руках и ногах (ватные конечности).

Истерические гиперкинезы представляют собой произвольные движения: вздрагивания всем телом, приступы дрожи, дрожание головы или рук, подергивания отдельных групп мышц, вычурные движения рук и др.

При отграничении истерических расстройств от истинных болезней следует обратить внимание на то, что все проявления истерического невроза нарочиты, пациент как бы демонстрирует окружающим: «Вот до чего вы меня довели...» или «Именно по вашей вине у меня такие невыносимые боли и неизлечимая болезнь» и т.д. Особенностью истерических нарушений является их прекращение под влиянием гипноза, чего нельзя сказать о настоящих органических расстройствах.

Невроз навязчивых состояний проявляется в виде временных навязчивых страхов, опасений, мыслей, воспоминаний, представлений, действий в ответ на различные стрессовые факторы. Встречается редко и обычно у людей мыслительного склада, а также у лиц с тревожно-мнительными чертами характера при психопатиях.

Навязчивые состояния делятся на фобии (навязчивые страхи), obsessions (навязчивые мысли), compulsions (навязчивые действия).

Фобии – это навязчивые страхи. Появление фобий сопровождается вегетативными симптомами: бледностью или покраснением лица, сухостью во рту, сердцебиением, повышением артериального давления, потливостью, расширением зрачков и др.

Боязнь какого-нибудь тяжелого заболевания внутренних органов сопровождается ипохондрической симптоматикой – повышенной, чрезмерной заботой о собственном здоровье. При страхе сойти с ума (манифобия) могут появиться предпосылки начальных проявлений шизофрении.

Чтобы избавиться от страхов, больные совершают определенные движения и действия, которые называются ритуалами. Таким образом, больные создают для себя целую систему защиты и с ее помощью могут справиться со страхом.

Обсессии – это навязчивые мысли, размышления, воспоминания, сомнения. Эти мысли больного тягостны, но собственным волевым усилием он не может справиться с ними.

Навязчивые состояния сопровождаются и неврастеническими симптомами – повышенной раздражимостью, утомляемостью, чувством общей слабости, трудностью сосредоточения, бессонницей. Настроение бывает подавленное, иногда возникает чувство собственной неполноценности. Невроз навязчивых состояний может ограничиться однократным приступом и при своевременном лечении проходит. Без лечения этот невроз может продолжаться от нескольких недель до нескольких месяцев, при затяжной форме – до нескольких лет.

Близким к неврозу навязчивых состояний является и невроз ожидания – когда больной с тревогой следит за собой и ждет, повторится ли с ним ранее пережитое неприятное ощущение. Как разновидность этого невроза может возникнуть навязчивое ожидание неудачи. Люди мотивированные на избежание неудачи проявляют неуверенность в себе, не верят в возможность добиться успеха, боятся критики, не испытывают удовольствия от деятельности, в которой возможны временные неудачи.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие и общую характеристику астенического синдрома.
2. Какие признаки характерны для истощаемости нервно-психических процессов и трудоспособности при астеническом синдроме?
3. Какие обязательные эмоционально-гиперстетические симптомы астенического синдрома?
4. Какие вегетовисцеральные проявления отмечаются при астеническом синдроме?
5. В каких основных формах протекает астенический синдром?
6. Какие основные черты отмечаются при гипостенической форме астении?

7. В чем проявляется дисгармония личности при гипостенической астении?
8. При каких формах психических и соматических расстройств характерен астенический синдром?
9. В чем суть органического астенического расстройства?
10. Какие клинические формы сопровождаются органическим астеническим синдромом?
11. В чем причина и суть неврозов, какие их основные формы?
12. Какие симптомы характерны для слабости психической деятельности при неврастении?
13. Какая симптоматика умственного, физического типов астенического невроза?
14. Назовите диагностические критерии неврастении.
15. Чем характеризуются этапы формирования неврастении?
16. Какие характерные клинические проявления при истерическом неврозе?
17. В каких формах может протекать невроз навязчивых состояний? Их характеристика.
18. Какие комплексные принципы используют в лечении астенического синдрома, неврастении?

ТЕМА 26. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ И СОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

- 1. Общая характеристика и классификация поведенческих синдромов.*
- 2. Расстройства пищевого поведения: нервная анорексия – симптомы, диагностика, психотерапия.*
- 3. Нервная булемия – эпидемиология, этиология, диагностика, психотерапия.*
- 4. Расстройства сна неорганической природы – бессонница (инсомния), диагностические критерии, психотерапия.*
- 5. Парасомнии – снохождение (сомнамбулизм) и ночные ужасы.*
- 6. Психосексуальные расстройства – эпидемиология, этиология, диагностика.*
- 7. Отсутствие или потеря полового влечения, сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения.*
- 8. Недостаточность генитальной реакции (психогенная импотенция) – причины, диагностика, лечение.*
- 9. Аноргазмия, преждевременная эякуляция.*
- 10. Вагинизм и диспарейния – симптоматика, психотерапия.*
- 11. Повышение полового влечения, мастурбация.*
- 12. Общие принципы диагностики и лечения психосексуальных расстройств и дисфункций.*
- 13. Психические и поведенческие расстройства послеродового периода – родовые бьюзы, послеродовые депрессии и психозы.*

1. Общая характеристика и классификация поведенческих синдромов

Данная группа расстройств включает большое число психических нарушений, которые объединяет их тесная связь с инстинктами и сложными физиологическими функциями человека – пищевым и сексуальным поведением, сном и бодрствованием и др. Расстройства этой группы представляют собой как бы выход за границы нормы всего многообразия вариантов этих функций, которые существуют у здоровых людей.

В МКБ-10 расстройства пищевого поведения, нарушения сна и сексуальные дисфункции неорганической природы, а также расстройства, связанные с репродуктивной функцией у женщин, собраны в разделе F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и соматическими факторами». В классификацию раздела F5 включены расстройства приема пищи, сна неорганической природы, половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием, психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом у женщин.

2. Расстройства пищевого поведения: нервная анорексия – симптомы, диагностика, психотерапия

Патологическое состояние, проявляющееся в сознательном, упорном ограничении приема пищи вплоть до полного отказа от еды с целью похудания.

95 % больных – женщины; начало в возрастном промежутке 10–30 лет, пик заболеваемости приходится на подростковый возраст. Распространенность 0,5–1 % девочек-подростков. В большей степени подвержены расстройству представители обеспеченных слоев населения. Смерть составляет до 20 %. Имеет место генетическая предрасположенность: у прямых родственников больных повышена заболеваемость аффективными психозами. Существует предположение, что в основе расстройства лежит первичное нарушение функции гипоталамуса, вызывающее аменорею. Во всех случаях заболеваний отмечаются нарушения отношений с родителями, низкий уровень психосексуального развития и адаптации в сексуальной жизни.

Основной симптом – отказ от еды – связан со сверхценной, реже навязчивой идеей об избыточной полноте и с желанием «исправить» этот дефект. Аппетит при этом не утрачивается, воздержание от еды сопровождается мучительной борьбой с голодом. Ненормальность пищевого поведения осознается и по мере возможности скрывается больным. В психическом статусе, кроме сверхценной или навязчивой идеи похудеть, выявляется депрессия. В выраженных случаях истощение может достигать кахексии.

Основному синдрому часто сопутствуют неспецифические тревожно-депрессивные и обсессивные проявления (в особенности навязчивое стремление к поддержанию чистоты), а также соматические, чаще эпигастральные жалобы. При значительной потере массы тела характерны понижение кровяного давления и температуры, брадикардия, отеки и появление пушка новорожденных (лануго), свидетельствующего об обменных нарушениях.

Критерии диагноза следующие:

снижение массы тела: дефицит превышает 15 % от нормального или ожидаемого для данного возраста;

снижение массы тела вызывается самим больным за счет избегания приема продуктов, «вызывающих полноту»;

больные считают себя «слишком полными», у них постоянно сохраняется страх чрезмерной полноты;

системные эндокринные нарушения приводят женщин к аменорее, а мужчин к импотенции.

Дифференциальный диагноз в первую очередь проводят с шизофренией, а также с любым тяжелым физическим заболеванием, которое может обусловить потерю массы тела.

В психотерапии нервной анорексии используются преимущественно бихевиоральные и когнитивные методики, направленные на позитивное подкрепление любых форм правильного, т.е. неаноректического, пищевого

поведения и поддержание нормального веса тела. Для профилактики рецидивов важным является выявление и разрешение внутрисемейных конфликтов, обучение родителей и других членов семьи пациента, что является задачей семейного консультирования.

3. Нервная булемия – эпидемиология, этиология, диагностика, психотерапия

Нервная булемия – эпизодически повторяющиеся приступы переедания и последующие попытки избавиться от лишней массы тела.

Распространенность – 1–3 % молодых женщин. Соотношение мужчин и женщин 1 : 10. Предрасполагающими факторами являются повышенное питание в преморбидном периоде и дезадаптация во всех социальных сферах. Отмечена достоверная связь со стрессовыми ситуациями (семейные и сексуальные конфликты, вхождение в новый коллектив), которые могут служить пусковыми факторами расстройства.

Основное клиническое проявление – потеря контроля за пищевым поведением в форме компульсий. Принимаемая пища обычно высококалорийная и мягкой консистенции (например, пирожные), которую больные съедают тайно, в спешке, чаще вечером, иногда даже как следует не разжевывая; длительность приступа составляет около часа. Частота приступов – от нескольких раз в день до одного в 1–2 недели. Приступ завершается физическим (боль в эпигастрии, тошнота) и психическим (депрессия, чувство вины) дискомфортом, а также уходом от социальных контактов. Рвоту после приступа больные вызывают вначале введением пальцев в полость рта, позднее она появляется условно-рефлекторно. Прием пищи вне приступа часто не вызывает чувства насыщения.

Для установления диагноза нервной булемии необходимы *следующие критерии*:

- частые (не менее 2 раз в неделю на протяжении месяцев) эпизоды компульсивного переедания;
- постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище;
- больные пытаются предотвратить увеличение массы тела одним из следующих способов: искусственно вызываемая рвота, злоупотребление слабительными, периодическое голодание, прием средств, понижающих аппетит;
- недовольство собственной полнотой, болезненный страх ожирения.

4. Расстройства сна неорганической природы – бессонница (инсомния), диагностические критерии, психотерапия

Представляют одно из наиболее часто встречающихся в психиатрической клинике нарушений. Жалобы подобного рода в любой данный момент предъявляет около 15 % населения. Частота расстройства нарастает с возрастом, причем у молодых более выражены трудности засыпания, а у пожилых – поддержания сна. Чаще с жалобами на расстройство сна обращаются женщины.

Устойчивая бессонница является фактором риска (автомобильные аварии, повышенное употребление алкоголя, сонливость в течение дня) и предвестником депрессии. Во многих случаях расстройство сна бывает одним из симптомов другого расстройства – психического или соматического.

Затяжные эпизоды связаны чаще с трудностями засыпания, а не поддержания сна, и представляют собой сочетание состояния напряжения и систематизированной тревоги. Бессонница обычно начинается в стрессовой ситуации и продолжается после ее окончания. При этом пациент иногда способен заснуть после подходящей ситуации (просмотр телепередачи). В течение дня характерны чувства физической и психической усталости, раздражительность, постоянная озабоченность предстоящей бессонницей.

При диагностике бессонницы неорганической природы необходимо учитывать также следующие критерии: нарушения сна возникают в течение месяца не реже 3 раз в неделю; бессонницу нельзя объяснить каким-либо соматическим заболеванием или приемом психоактивных веществ.

Случайная бессонница не нуждается в специальной медикаментозной терапии; достаточно традиционных методов снижения общей возбудимости (прогулки, теплые ванны, успокаивающие фитотерапевтические сборы, смена постели или помещения и т.п.). При наличии сопутствующего мышечного напряжения используют технику релаксации и медитации. Отсутствие эффекта от нелекарственных методов является показанием к использованию фармакологических средств.

Поведенческая психотерапия заключается в том, чтобы обучить пациента ложиться спать только тогда, когда ему хочется спать, и пользоваться спальней только для сна и секса, а не для чтения, просмотра телепередач и т.п. Если пациент не может заснуть в течение 15–20 минут пребывания в постели, ему следует встать и почитать (но не смотреть телевизор и не включать яркий свет) лучше в другой комнате. В постель следует вернуться только, когда ему захочется спать, и ограничить время проведения в постели только временем действительного сна. Таким образом восстанавливается психологическая связь между спальней (постелью) и сном, а не между спальней и бессонницей.

5. Парасомнии – снохождение (сомнамбулизм) и ночные ужасы

Сомнамбулизм – это психическое нарушение проявляется тем, что больной во время ночного сна встает с постели, бродит по комнате, совершая ряд автоматических действий без перехода в бодрствующее состояние.

Чаще начинается в возрасте 6–12 лет и редко затягивается до молодого возраста; чаще наблюдается у мужчин. Состояние провоцируется стрессовыми ситуациями, переутомлением и предшествующим лишением сна. Возможно, что в основе расстройства лежит (помимо психогенной) определенная неврологическая аномалия, поскольку в семьях пациентов снохождение отмечается чаще, чем в популяции в целом.

Пациент может выглядеть тревожным, произносить малопонятные слова и фразы. Серьезность расстройства определяется возможностью самоповреждения или получения травмы, поскольку в ряде случаев больные могут даже выйти из дома. Эпизод завершается пробуждением с реакцией растерянности, но чаще возвращением ко сну. При пробуждении во время снохождения или на следующее утро воспоминание о происшедшем обычно амнезируется. В течение ночи эпизод не повторяется, что отличает его от постэпилептогенных нарушений сна.

Дифференциальная диагностика: пароксизмальный эпилептический сомнамбулизм отличается более глубоким помрачением сознания, делающим невозможным контакт с больным и возможное появление агрессивности при попытках «разбудить» его, стереотипным характером действий, возникновением в одно и то же время ночного сна. При невротических нарушениях сна со снохождениями больного можно разбудить. Снохождение также полностью амнезируется.

Необходимо обследование больного для выяснения причины подобного расстройства с последующей выработкой схем соответствующего лечения. В качестве терапии в большинстве случаев оказываются достаточными психоэмоциональная разгрузка, теплое отношение родителей.

Ночные ужасы – состояния, близкие к снохождению. Возникают в 3-й и 4-й стадиях НФБС-сна и представляют собой внезапные, вызывающие у окружающих страх эпизоды, когда пациент просыпается с громким криком и выражением ужаса на лице, вскакивает, пытается бежать, не ориентируется в обстановке и не реагирует на поведение окружающих, при этом обильно выражены вегетативные реакции – тахикардия, потливость, широкие зрачки и т.д. Продолжительность такого приступа – 3–10 минут, после чего пациент засыпает. Как и при снохождении, утром никаких воспоминаний об этом у него не сохраняется.

6. Психосексуальные расстройства – эпидемиология, этиология, диагностика

По некоторым данным, около 40 % мужчин в разные периоды жизни испытывают нарушения эрекции или эякуляции, свыше 60 % женщин сообщают о расстройстве влечения либо оргазма. Дисфункции, первично связанные с органическими факторами (диабет, сосудистая недостаточность и др.), образуют вторичными психогенными наслоениями, которые могут в дальнейшем играть основную роль в патогенезе половых нарушений.

Выделяют общие для всех половых дисфункций *диагностические критерии*, которым должны отвечать все частные формы сексуальных расстройств:

пациент не в состоянии установить сексуальные отношения так, как он бы этого хотел;

расстройство функции возникает часто, но в некоторых случаях может отсутствовать;

расстройство функции наблюдается в течение, по меньшей мере, 6 месяцев;

расстройство не соответствует критериям какого-либо психического или органического заболевания.

7. Отсутствие или потеря полового влечения, сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения

Отсутствие или потеря полового влечения. Эту группу составляют расстройства, при которых отсутствие либидо является главной проблемой, а не возникает вторично по отношению к другим сексуальным нарушениям (например, в результате импотенции). Потеря или отсутствие полового влечения (синонимы: *фригидность, расстройство сексуальных желаний, заторможенность сексуального желания*) может быть следствием особенностей семейного воспитания, переживаний раннего детства, травматического сексуального опыта, психологических затруднений или личностных особенностей (обсессивная или шизоидная личность, фобическое избегание т.д.).

Не относятся к данной категории случаи, когда на силу либидо влияют хронические соматические болезни, эндокринные нарушения (гипогонадизм).

Сексуальное отвращение проявляется устойчивым или периодическим отвращением к сексуальной жизни, когда предстоящая половая связь вызывает сильные негативные чувства, что приводит к прекращению половой активности. Это является одной из самых частых жалоб супружеских пар и встречается примерно у трети женщин и 15 % мужчин.

8. Недостаточность генитальной реакции (психогенная импотенция) – причины, диагностика, лечение

Недостаточность генитальной реакции – неспособность достижения и поддержания эрекции, необходимой для удовлетворения с вызывающей влечение партнершей.

Селективный характер импотенции позволяет исключить ее органическую природу. Первичная импотенция отмечается у 1 % мужчин в возрасте до 35 лет, вторичная – у 10–20 % мужчин в популяции, что составляет 50 % всех мужчин, обратившихся за помощью к сексопатологам. Частота расстройства у женщин обычно недооценивается, и, по некоторым данным, до 1/3 женщин в популяции испытывают трудности в поддержании полового возбуждения. Причиной расстройства могут являться сильное волнение, переутомление и другие психогенные факторы.

На практике в 70–80 % случаев импотенция имеет все же психогенную (функциональную) природу и связана с усталостью, страхом неудачи, неприглядностью партнера, дисгармонией отношений.

Дифференциальная диагностика импотенции. Помимо психогенных, существуют также причины нейрогенные (травма, нейромедиаторные нарушения, повреждение межпозвоночных дисков, диабет, гормональный дефицит и т.д.), артериальные (гипертония, курение, гиперлипидемия), венозные (повреждение веноокклюзивного механизма), лекарственные.

Эректильная дисфункция может быть *первичной* (при полном отсутствии удовлетворительного функционирования в анамнезе), *вторичной* (наступившей после периода успешного функционирования) и *селективной* (проявляющейся лишь в каких-то определенных ситуациях).

Для лечения используют различные психотерапевтические методики: рациональную и поведенческую секс-терапию (методики «*градуированной чувственной фокусировки*» и др.). Гипноз применяют для снятия тревожных проявлений, сопровождающих дисфункцию. Проводят широкое ознакомление партнеров с не известными им ранее вопросами психогигиены семейных и сексуальных отношений.

9. Аноргазмия, преждевременная эякуляция

Нарушения оргазма – состояние, когда оргазм не возникает совсем или значительно задерживается, несмотря на наличие нормальной фазы сексуального возбуждения (синонимы: *аноргазмия, оргазмическая дисфункция, заторможенный оргазм*). Обычно наблюдается у женщин. Следует отметить, что к аноргазмии у женщин не относятся случаи, когда оргазм не достигается при коитусе, но возникает при мастурбации.

Причины аноргазмии у женщин имеют чаще всего психологическую природу и включают страх сексуальных отношений и беременности, чувство вины и стыда (так как в сознании людей иногда оргазм связан с потерей контроля над собой), психологическое отвержение сексуального партнера, давление прежнего воспитания, культуральных норм и предрассудков. Имеет значение и неправильная техника секса.

У мужчин заторможенный оргазм встречается заметно реже и сочетается с задержанной эякуляцией или ее отсутствием.

10. Вагинизм и диспарейния – симптоматика, психотерапия

Вагинизм представляет собой повторяющийся непроизвольный спазм мышц, окружающих влагалище, который препятствует половому акту. При этом сексуальная откликаемость может быть сохранена и клиторальная стимуляция может вести к оргазму. Если подобное явление возникает вследствие каких-либо органических причин, обуславливающих локальную боль, то диагноз вагинизма не ставится. Распространенность вагинизма заметно меньше, чем аноргазмии. Причины его исключительно психологические и включают в себя травматический опыт в прошлом (изнасилование или слишком

болезненная дефлорация), чрезмерно строгое половое воспитание, когда секс приравнивается к чему-то постыдному и греховному, эмоциональное неприятие партнера и т.д.

Диспарейния – это повторяющиеся боли в гениталиях как во время полового акта, так до и после него. При этом не обнаруживается иных первичных сексуальных нарушений (например, сухости влагалища вследствие слабой сексуальной активации), а также какой-либо явной органической причины, объясняющей боль, – вагинита, рубцов и т.д. Причины диспарейнии у женщин, таким образом, психологические и включают в себя тревогу (что ведет к повышению мышечного тонуса и последующей боли), психологическое неприятие партнера, травматический опыт в прошлом и т.д.

У мужчин боли при коитусе связаны, как правило, с органическими причинами – травмой пениса, болезнью *Лейрони*, при которой появляются склеротические бляшки, и т.д.

Лечение вагинизма требует от врача настойчивости и терпения. Недопустима примитивная «психотерапия» в виде упреков или насмешек. Основным методом лечения является рациональная и суггестивная психотерапия; имеет также значение специальная тренировка, направленная на устранение страха перед половым актом и связанным с этим непроизвольным сокращением мышц и сведением бедер.

11. Повышение полового влечения, мастурбация

В подавляющем большинстве случаев *мастурбация* не относится к патологии, а является предшественником или заменителем-суррогатом обычного сексуального поведения. В течение жизни если не все, то почти все мужчины и женщины хоть когда-то прибегают к этой форме сексуальной активности.

Патологическими являются лишь случаи, когда мастурбация принимает компульсивный характер, полностью выходит из-под контроля пациента и заменяет все виды половой активности, а также используется с иными, несексуальными целями (снятие чувства страха, вины, тревоги и т.д.).

12. Общие принципы диагностики и лечения психосексуальных расстройств и дисфункций

Первое условие распознавания психосексуальных расстройств – достаточная осведомленность о них и готовность медработника к активному сбору сведений в отношении половой жизни и сексуального поведения пациента. При этом также важно выяснить взгляды пациента, его ожидания, предубеждения, предрассудки, наличие травматического сексуального опыта в прошлом.

Второй важный вопрос, на который надо ответить до начала лечения, – является расстройство функциональным (психогенным) или органическим.

Разнообразные методы, используемые в лечении сексуальных расстройств функциональной природы, могут быть сведены в 3 группы: *психологические* и *психотерапевтические*, *биологические* (лекарственные и хирургические) и *социальные*.

Психотерапевтические методы включают в себя гипноз и обучение ауто-тренингу с тем, чтобы пациент использовал его перед сексуальным контактом.

Поведенческая (бихевиоральная) терапия заключается в рассмотрении сексуальной дисфункции как вторично выученного дезадаптивного поведения. Эффективна методика так называемой систематической десентизации, когда пациент совместно с врачом формируют иерархию связанных с сексом ситуаций, начиная от наименее тревожных и кончая самыми угрожающими.

13. Психические и поведенческие расстройства послеродового периода – родовые блюзы, послеродовые депрессии и психозы

К категории собственно послеродовых психических нарушений относятся только те случаи, которые не укладываются в диагностические критерии другой патологии; не относятся в эту рубрику и случаи, когда расстройство проявлялось еще до родов.

Этиологическими факторами послеродовых психических нарушений считаются резкие гормональные сдвиги в организме женщины после беременности, соматические осложнения в родах, а также психосоциальный стресс, который часто сопутствует деторождению.

Диагностическими критериями послеродовых психических расстройств по МКБ-10 являются возникновение их в сроки до 6 месяцев после родов и невозможность отнести их в другие разделы и рубрики.

«Родовые блюзы» (от англ. *Blues* – хандра, подавленность) встречаются более чем у половины женщин в первую неделю после родов. Проявляются не резко сниженным настроением, беспокойством, тревогой, эмоциональной лабильностью с колебаниями настроения от подавленности до приподнятости, плаксивостью по незначительным поводам, трудностью концентрации внимания. Описанная симптоматика обычно начинается в первый же день после родов, достигает максимума в период между 3–5-м днями и быстро исчезает к концу первой – началу второй недели после родов. Максимальная продолжительность – 2 недели, если по окончании этого срока состояние не нормализовалось, то диагноз должен быть пересмотрен.

Послеродовые депрессии возникают у 10–20 % женщин. В отличие от «родовых блюзов» развиваются через несколько недель после родов и проявляются значительно более выраженной подавленностью, чувством безнадежности, слезливостью, утомляемостью, раздражительностью, тревогой, отсутствием аппетита и инсомнией. Пациентка часто испытывает чувство вины, говорит о своей неспособности справиться с уходом за ребенком, высказывает

необоснованные опасения о его здоровье, предъявляет различные соматические жалобы. Продолжительность послеродовых депрессий – от 2 недель до 6 месяцев, однако при отсутствии терапии они могут затягиваться.

Послеродовые (пуэрипальные) *психозы* возникают с частотой 1–2 случая на 1000 родов в период между 3–20-м днем после них. Проявляются развернутыми синдромами аффективных нарушений (как депрессии, так и мании), а также симптоматикой, аналогичной таковой при шизофрении, – «голосами», психическими автоматизмами, бредовыми идеями отношения и т.д. Продолжительность состояния – до 3–4 месяцев, после чего наступает выздоровление.

После выхода из состояния острого психоза необходим сбор данных о психологической ситуации в семье, отношении женщины к ребенку и материнству, к мужу, другим родственникам. Часто требуется проведение психотерапии, семейной терапии и семейного консультирования с тем, чтобы разрешить имеющиеся конфликты, дать женщине возможность почувствовать и принять свою новую семейную и социальную роль, показать позитивные стороны материнства и т.д.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Приведите общую характеристику психоповеденческих расстройств.
2. Как классифицируются психоповеденческие расстройства по МКБ-10?
3. Какова распространенность и какие основные причины нервной анорексии?
4. Какие основные и сопутствующие симптомы при нервной анорексии?
5. Какие диагностические критерии нервной анорексии; принципы психотерапии?
6. Каковы распространенность и причины нервной булемии?
7. Какое основное проявление и последствие нервной булемии?
8. Какие диагностические критерии нервной булемии?
9. Дайте характеристику расстройства сна неорганической природы по распространенности, причинам, клинике.
10. Какие диагностические критерии и особенности психотерапии бессонницы?
11. Дайте характеристику сомнамбулизма по распространенности, клиническим симптомам и психотерапии.
12. Как проявляются ночные ужасы?
13. Назовите принципы, распространенность и диагностические критерии психосексуальных расстройств.
14. Какие характерные симптомы при отсутствии или потере полового влечения?
15. Чем проявляется сексуальное отвращение?
16. Каковы причины и частота психогенной импотенции?

17. С какой патологией следует дифференцировать психогенную импотенцию?
18. Какие особенности психотерапии психогенной импотенции?
19. Каковы причины и частота аноргазмии?
20. Какие симптомы и причины вагинизма?
21. В чем суть клиники диспарейнии?
22. Каковы особенности психотерапии вагинизма и диспарейнии?
23. Какие отличия между физиологической и патологической мастурбацией?
24. Какие применяют общие принципы диагностики и лечения психосексуальных расстройств и дисфункций?
25. Какие основные причины и диагностические критерии послеродовых психических расстройств?
26. Какие проявления характерны для родовых блюзов?
27. Охарактеризуйте послеродовые депрессии.
28. Какие симптомы типичны для послеродовых психозов?

Литература: [2, с. 270–308]; [7, с. 191–205]; [8, с. 381–396]; [6д, с. 205–241]; [10д, с. 188–190].

ТЕМА 27. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ, ТАБАКОКУРЕНИЕ)

а) Общие этиопатогенетические механизмы и критерии наркотизации ПАВ

1. Проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), современная терминология и классификация.

2. Этиология, биопсихосоциальные модели алкоголизма и наркоманий, факторы риска.

3. Стадии потребления ПАВ.

4. Формы потребления ПАВ (эпизодическая, измененные), толерантность и ее динамика, защитные знаки.

5. Формы и этапы опьянения (наркотической интоксикации).

6. Патология влечения (аддикции) к ПАВ.

7. Большой наркоманический синдром (синдромы измененной реактивности и зависимости).

8. Синдром отмены (абстиненции) ПАВ.

9. Последствия хронической интоксикации ПАВ (психические расстройства, хронические психозы, соматоневрологические нарушения, амнестический синдром).

1. Проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), современная терминология и классификация

Проблема зависимости от психоактивных веществ, и в частности алкоголя, – одна из наиболее актуальных не только в здравоохранении, но и в жизни современного общества в целом. За последние 10 лет отмечен быстрый рост потребления алкоголя и других ПАВ почти во всех странах Восточной Европы и государствах бывшего СССР, включая Беларусь. Этому способствуют как социально-экономическая ситуация, так и то обстоятельство, что алкоголь рассматривается в нашей культуре как неотъемлемая часть повседневной жизни людей. К тому же алкоголь – весьма дешевое и доступное ПАВ. Сегодня к категории тяжело пьющих в нашей стране отнесено примерно 10 % населения, число больных алкоголизмом, состоящих на учете, – 120 тысяч.

Среди пациентов удельный вес лиц, имеющих серьезные проблемы, связанные с алкоголем, составляет 15–20 %. Среди лиц, находящихся на стационарном лечении по различным поводам, он еще выше и достигает, например, в травматологических стационарах и отделениях по лечению острых отравлений 40–50 %.

Для принятого сегодня в мире подхода к обсуждаемой проблеме характерно рассмотрение самых разных состояний и расстройств – от однократной

интоксикации до тяжелой зависимости и психоорганического синдрома, вызванных ПАВ, с самой разной степенью доступности и социальной опасности, как легальными, так и запрещенными законом, – в виде единого спектра состояний и расстройств, в возникновении которых лежат сходные биологические и психологические механизмы.

К числу общепринятых терминов, используемых в классификации, относятся следующие:

Психоактивное вещество – любое вещество, которое уже при однократном приеме вызывает изменение психических функций (восприятия, эмоций и т.д.) и поведения, которые желательны для потребителя. Различные психотропные эффекты ПАВ обусловлены их действием на разные нейромедиаторные системы мозга – опиатную, серотонинергическую, ГАМКергическую, дофаминовую и др.

Аддикция, аддиктивное поведение (пагубное пристрастие, склонность, привычка) включает в себя самую пагубную привычку, связанную с тем или иным ПАВ, а также возникающее при этом поисковое поведение и комплекс психических и соматических нарушений, которые формируются в результате его употребления, в том числе зависимость и толерантность.

Злоупотребление (употребление с вредными последствиями) – форма употребления ПАВ, при которой возникают очевидные вредные последствия для психического и/или соматического здоровья индивида.

Состояние отмены, синдром отмены – состояние, возникающее вскоре после прекращения приема ПАВ. В отечественной литературе обычно обозначалось как «*абстинентный синдром*».

В современной классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 все состояния вследствие потребления ПАВ включены в одну главу F1, разделяются на группы в зависимости от вида ПАВ, вызвавшего расстройство (от алкоголя, опиоидов, каннабиоидов и др.).

Здесь же по нарастающей степени тяжести сгруппированы все виды состояний и расстройств, которые могут возникать у пациента в результате однократного или хронического приема ПАВ:

- острая интоксикация;
- употребление с вредными последствиями;
- синдром зависимости;
- состояние отмены;
- состояние отмены с делирием;
- психотические расстройства;
- амнестический синдром;
- резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом;
- другие психотические и поведенческие расстройства.

2. Этиология, биопсихосоциальные модели алкоголизма и наркоманий, факторы риска

Подверженность расстройствам от применения ПАВ колеблется у разных людей в очень широких пределах и зависит от сложного сочетания трех групп факторов – биологических, психологических и социальных.

Этот взгляд нашел отражение в повсеместно принятой сегодня в мире биопсихосоциальной модели. Согласно ей, индивидуальный риск развития зависимости от ПАВ значительно варьирует как у разных индивидов, так и в разные периоды жизни и определяется набором большого числа биологических характеристик, психологических особенностей человека и социальных влияний.

1. *Биологические факторы риска.* К ним относятся как наследуемые (генетические), так и приобретенные биологические особенности индивида, которые в значительной степени определяют характер и потребление им ПАВ, картину опьянения, скорость формирования зависимости и т.д. К числу наиболее изученных из них относятся:

семейная отягощенность алкоголизмом;

необычные или измененные реакции на однократное введение алкоголя;

врожденные особенности метаболизма этанола или ацетальдегида и осуществляющих его ферментных систем;

связанные с этим уровень толерантности и картина опьянения.

2. *Психологические факторы риска* включают в себя особенности когнитивной сферы (взгляды, убеждения, предрассудки, ожидания и т.д.), эмоциональной жизни человека, а также особенности личности и поведения.

3. *Социальные (социокультуральные) факторы.* К их числу относятся: текущие или недавно происшедшие травматические жизненные события (смерть члена семьи, уход из родительского дома, финансовые трудности, развод и т.д.);

ролевые модели родителей, особенно для лиц молодого возраста: важно, какие отношения установились в семье, показывают ли родители пример безопасного потребления ПАВ либо злоупотребляют ими, имеют ли место насилие или пренебрежение по отношению к детям и т.д.;

ближайшее социальное окружение – компании сверстников, авторитетные старшие и т.д.;

культуральная приемлемость, нормы и правила, принятые в данном социальном окружении, включая законы и политику государства, уровень цены и доступности ПАВ, степень влияния религии на жизнь общества и др.

3. Стадии потребления ПАВ

На пути от первого случая употребления ПАВ до возникновения зависимости каждый пациент проходит ряд стадий, скорость протекания которых определяется перечисленными этиологическими факторами, а также характером самого ПАВ.

Стадия 1. Начало употребления.

Стадия 2. Экспериментальное употребление.

Стадия 3. Социальное употребление.

Стадия 4. Привычное употребление.

Стадия 5. Чрезмерное потребление (злоупотребление). Толерантность отчетливо повышена, ПАВ все чаще принимается с целью снятия явлений отмены. В дальнейшем у части пациентов формируется зависимость. Стабилизация на этой стадии происходит редко.

Стадия 6. Зависимость (аддикция). На этой стадии у пациента выявляются признаки, являющиеся диагностическими критериями синдрома зависимости.

4. Формы потребления ПАВ (эпизодическая, измененные), толерантность и ее динамика, защитные знаки

Формы потребления ПАВ по частоте и мотивации приема:

Эпизодическая форма потребления, наблюдается при социокультурально санкционированных случаях употребления ПАВ (алкоголь, чай, кофе, табак).

Измененные (осложненные) формы потребления, связаны с изменением частоты, мотивации и обстоятельств приема психоактивных веществ.

Выделяют следующие измененные формы употребления ПАВ:

систематическую: регулярное, практически непрерывное употребление;
периодическую – запой, который имеет два вида: *ложный запой* (псевдозапой) – периодическое многодневное употребление алкоголя, дебютирующее под влиянием определенной ситуации (зарплата, неприятность и т.п.) и прерывающееся внешними обстоятельствами, и *истинный запой* – под влиянием компульсивно или импульсивно актуализирующегося влечения периодически возникающее пьянство, купируемое спонтанно вследствие нарастающей интолерантности, непереносимости алкоголя.

Толерантность – способность переносить введение дозы алкоголя или наркотического вещества с сохранением функционирования. Толерантность определяется по максимально переносимой дозе. В широком смысле различают толерантность поведенческую и функциональную. Поведенческая толерантность тесно связана с понятием ситуационного контроля и проявляется способностью произвольно контролировать внешние проявления опьянения. Функциональная толерантность отражает собственно тканевые биохимические механизмы и проявляется в необходимости повышать со временем дозу ПАВ для достижения качественно одного и того же состояния опьянения.

Физиологическая толерантность представляет собой индивидуальную переносимость ПАВ, определяемую по максимальной дозе, не вызывающей развития защитных и грубо патологических реакций у здоровых людей.

Измененная толерантность. Динамические особенности изменения толерантности являются одним из осевых симптомов алкоголизма и наркомании:

рост толерантности, характерный для I стадии наркомании и алкоголизма, представляет собой закономерное увеличение потребляемой дозы для достижения эффекта психического комфорта;

плато толерантности, характерное для II стадии зависимости, представляет собой максимально переносимую дозу ПАВ, необходимую для достижения психофизического комфорта;

падение толерантности как один из признаков III стадии зависимости представляет собой существенное снижение максимально переносимой дозы ксенобиотика.

Защитные реакции (знаки): соматические и вегетативные признаки, свидетельствующие о том, что доза наркотических веществ или алкоголя превысила физиологическую толерантность.

Специфические защитные реакции: наиболее показательными являются защитные знаки:

алкогольные – рвота;

опийные – зуд кожи лица, заушной области, поверхности шеи и верхней трети груди;

барбитуровые – икота, профузный пот, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение.

Неспецифические защитные реакции: тошнота, рвота, сосудистые вегетативные проявления (озноб, боли в сердце, кожно-мышечная гиперестезия).

Исчезновение защитных реакций – симптом, свидетельствующий об адаптации организма к высоким дозам ПАВ, при которой прежние дозы не являются токсичными и не требуют защитных реакций. Этот симптом служит демаркационной линией при оценке стадии заболеваний.

5. Формы и этапы опьянения (наркотической интоксикации)

Формы опьянения: комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приема ПАВ.

Опьянение (острая интоксикация) – острая, чаще обратимая, типичная патологическая реакция общетоксического действия, возникающая на прием ПАВ. По структуре представляет собой сложный синдром, состоящий из психических, неврологических, вегетовисцеральных и соматических симптомов.

В МКБ-10 диагноз общих проявлений острой интоксикации вследствие употребления психоактивных веществ базируется на следующих критериях:

точные сведения о приеме одного или нескольких психоактивных веществ в дозе, достаточной, чтобы вызвать состояние интоксикации;

наличие характерных для данного вещества симптомов, сопровождающихся выраженными нарушениями сознания, когнитивных функций, восприятия, аффекта или поведения;

имеющиеся симптомы невозможно объяснить наличием независимой от употребляемого ПАВ соматической патологии или иного психического расстройства.

Трансформация опьянения наркотиками в своем развитии проходит три этапа. *На первом* из них сначала ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации. Так, при злоупотреблении стимуляторами исчезает тахикардия, при наркотизации кодеином нивелируется появление кашлевого рефлекса и т.п. *На втором* этапе трансформируется интенсивность эйфории, что проявляется в необходимости повышения дозы для достижения прежней интенсивности переживаний. При этом качество и фазность эйфории остаются неизменными. *На третьем* этапе уже невозможно достичь прежней интенсивности эйфории даже при использовании максимальных доз наркотика. При этом качественно изменяются фазы эйфории, поскольку собственно эйфория уже недостижима, тонизирующий (стимулирующий) эффект наркотика постепенно исчезает, а на первый план выступает его способность лишь нормализовать состояние.

Патологическое опьянение – представляет собой пароксизмальное (сумеречное) помрачение сознания, возникающее в ответ на прием малых доз ПАВ. В клинической картине преобладает агрессивное поведение, отличающееся большой разрушительной силой, внезапностью, неожиданностью, бессмысленной жестокостью. Это состояние кратковременно, с пароксизмальным выходом, часто глубокий сон, с последующей амнезией.

6. Патология влечения (аддикции) к ПАВ

Патология влечение (аддикции) встречается в двух формах:

Обсессивное (психическое) влечение – трудноодолимое психическое стремление к приему наркотика. Выражается в постоянных мыслях о наркотике и манипуляциях с ним, подъеме настроения даже в предвкушении его приема и, наоборот, подавленности и неудовлетворенности при отсутствии этой возможности. Несмотря на то что психическое влечение является одним из ранних симптомов, оно исчезает практически в последнюю очередь.

Компульсивное (физическое) влечение проявляется в непреодолимом стремлении к наркотизации, причем степень выраженности этого влечения достигает витального уровня, конкурирует с истинными витальными влечениями, которые блокируются. Компульсивное влечение определяет не только фон настроения, но и поведение больного, подавляя контрольные и конкурентные поведенческие мотивы, в силу чего борьба мотивов исчезает. Помимо этого, компульсивное влечение сопровождается выраженной вегетативной реакцией.

По условиям возникновения выделяют три вида компульсивного влечения:

внеинтоксикационное компульсивное влечение появляется до формирования абстинентного синдрома, особенно при алкоголизме и гашишизме, поскольку временной разрыв между появлением физического влечения и возникновением абстиненции достаточно велик;

абстинентное компульсивное влечение по определению входит в структуру абстинентного синдрома (отмены), сочетаясь с другими симптомами, отражающими психическое перевозбуждение и напряжение;

интоксикационное компульсивное влечение возникает после развития той или иной степени оглушения вследствие интоксикации. По мере прогрессирования болезни к этому симптому присоединяется симптом утраты ситуационного контроля (невозможность адекватно оценивать место, время и обстоятельства наркотизации).

7. Большой наркоманический синдром (синдромы измененной реактивности и зависимости)

Большой наркоманический синдром – основной клинико-диагностический маркер болезни (алкоголизма или наркомании). Сформированный наркоманический синдром является базисным признаком, отличающим здорового человека от больного, страдающего наркотической (а в общем виде и любой иной) зависимостью, и структурно состоит из синдрома измененной реактивности и синдрома зависимости.

Синдром измененной реактивности. Он представляет собой наиболее ранние патологические изменения в организме, объединенные общим патогенезом, возникшие в ответ на длительное употребление ПАВ.

Синдром психической зависимости, являясь наиболее ранним проявлением основного синдрома, состоит из симптомов психического влечения к одурманивающему веществу и способности достижения психического комфорта в состоянии интоксикации.

Синдром физической зависимости включает в себя физическое (компульсивное) влечение, способность достижения физического комфорта в состоянии интоксикации и абстинентный синдром.

Для постановки диагноза синдрома зависимости (алкогольной или иной) по МКБ-10 необходимо наличие на протяжении последнего года перед обращением трех и более из числа перечисленных симптомов:

сильная потребность или необходимость принять ПАВ;

нарушение способности контролировать прием ПАВ, т.е. время начала, окончания приема и дозу вещества; иными словами, пациент употребляет ПАВ значительно более продолжительное время и в большем количестве, чем он планировал перед началом приема;

состояние отмены;

повышение толерантности, т.е. увеличение дозы вещества для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами;

прогрессирующее забвение иных, не связанных с потреблением ПАВ, интересов; увеличение времени, затрачиваемого на поиск, приобретение, прием ПАВ или восстановление после его действия;

продолжение приема ПАВ, несмотря на очевидные вредные последствия для физического и психического здоровья.

8. Синдром отмены (абстиненции) ПАВ

Синдром отмены (абстинентный синдром), а точнее абстинентный симптомокомплекс – показатель сформировавшейся физической зависимости, ведущее и наиболее наглядное проявление болезни. Симптомы, составляющие этот симптомокомплекс, можно разделить на две группы: центральные (психические) и периферические (вегетативные, соматоневрологические).

Абстинентный синдром имеет общие черты, характерные для любых форм наркомании. К ним относятся психическое напряжение, эмоциональные расстройства гипотимического радикала (от тревоги до депрессии), нарушение витальных потребностей (аппетита, сна, либидо), разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, озноб, мидриаз, диспепсия, нарушение сердечно-сосудистой регуляции и мышечного тонуса).

Кроме оттеночных признаков, каждый вид наркомании имеет специфические абстинентные признаки. Так, только при опийном отнятии отмечается чихание, насморк, слезо- и слюноотечение, боли в межчелюстных суставах, сведение жевательных мышц. При злоупотреблении снотворными специфичными признаками являются боли в желудке и крупных суставах, а при гашишной абстиненции – сенестопатии. Помимо этого, встречаются симптомы, характерные для одних наркоманий и не встречающиеся при других. Примером может служить тремор, атаксия, психотические эпизоды, отмечающиеся при злоупотреблении транквилизаторами, ингалянтами (бытовой химией, органическими растворителями), гашишем и эфедрином и отсутствующие при опийной абстиненции.

Абстинентный синдром развивается не при всех видах наркотической зависимости. Так, при злоупотреблении галлюциногенами основные признаки абстиненции отсутствуют, а существование этого синдрома при гашишизме является предметом многочисленных дискуссий.

Состояния отмены могут быть как относительно легкими, так и тяжелыми, осложненными – сопровождаться судорогами, делирием, нарушениями жизненно важных функций и т.д. Обычно состояние отмены тем тяжелее, чем более длительными и в более высоких дозах был предшествующий прием ПАВ и чем резче было его прекращение.

К состояниям отмены с делирием относится белая горячка (алкогольный делирий).

9. Последствия хронической интоксикации ПАВ (психические расстройства, хронические психозы, соматоневрологические нарушения, аменстический синдром)

Психотические расстройства (галлюцинаторные, бредовые и др.) возникают или на высоте опьянения (интоксикационные), или в период абстиненции, продолжительность которых ограничена одним месяцем, что часто зависит от вида употребляемого наркотика. По структуре развивающиеся психозы протекают с нарушением сознания. При всех видах наркоманий психозы характеризуются быстрой сменой форм нарушения сознания, динамичностью, аффективной неустойчивостью и насыщенностью. Наиболее частыми психотическими расстройствами являются делирий и аменция (при употреблении алкоголя, транквилизаторов, снотворных и седативных средств). Кроме того, встречаются острые галлюцинозы, острые параноиды, сумеречные состояния сознания, онейроидные шизоморфные психозы (психодизлептики).

Хронические психозы. Сборная группа состояний, возникающих на поздних стадиях заболевания: расстройства и психотические расстройства с поздним дебютом. Включает в себя случаи хронических (длящихся более 6 месяцев) психозов, деменции, выраженных изменений личности и др., которые сохраняются, даже если употребление ПАВ полностью прекращено.

Неврологические расстройства развиваются по дизрегуляторным, токсическим и патоиммунным механизмам. Помимо общих расстройств, встречаются достаточно специфические нарушения – полиневриты при алкогольной болезни, острая марганцевая энцефалопатия при злоупотреблении производными эфедрина, паркинсонизм при использовании кустарно приготовленных препаратов кокаина и героина. К менее специфическим нарушениям относятся нистагм при эфедриновой и гашишной интоксикации, тремор (как мозжечковый, так и подкорковый), атаксия. На поздних стадиях алкогольной болезни встречаются полиневриты, при злоупотреблении летучими веществами – парезы и параличи.

Сексологические расстройства (импотенция, нарушения эякуляции и пр.) связаны как с прямым угнетением либидо или нарушением психосексуальной ориентации (при кокаинизме), так и специфическими неврологическими и микроциркуляторными нарушениями.

С токсическим действием наркотиков, особенно вводимых внутривенным путем, связывают жировое перерождение печени, гепатиты и цирроз. Наиболее высоким гепатотоксичным действием отличаются барбитураты, психоделические препараты, стимуляторы и ингаляционные средства. Помимо поражений печени, встречаются дискинезии желудочно-кишечного тракта.

Поражения кожи и слизистых оболочек проявляются гнойными поражениями в местах введения наркотика, атрофией слизистых оболочек, хрящей и прободением носовой перегородки у кокаинистов.

Иммунологические расстройства многообразны и связаны не столько с видом наркотика, сколько с регулярностью и давностью его применения. Распространены аутоиммунные и аллергические реакции, которыми объясняют синдром внезапной смерти при приеме обычной дозы наркотика.

Амнестический синдром (корсаковский или алкогольный полиневротический психоз). Состояние тяжелого расстройства психики, вызванное потреблением ПАВ (чаще всего алкоголя) и проявляющееся преимущественно грубыми нарушениями памяти – неспособностью к запоминанию, выпадением из памяти событий недавнего прошлого, плохой ориентировкой во времени, конфабуляциями и т.д., сознание пациента при этом не нарушено. Важно отметить, что от деменции амнестический синдром отличается отсутствием грубого нарушения когнитивных функций.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. В чем состоит проблема зависимости от ПАВ на современном этапе?
2. Что такое психоактивное вещество?
3. Дайте определение аддикции, злоупотребления, синдрома отмены.
4. Назовите виды и состояния, возникающие при приеме ПАВ.
5. Какие модели и факторы риска развития зависимости от ПАВ?
6. Какие стадии потребления ПАВ и как они характеризуются?
7. Какие существуют формы потребления ПАВ?
8. Дайте характеристику измененных форм употребления ПАВ.
9. Дайте понятие толерантности, ее видов.
10. Назовите динамические особенности изменения толерантности.
11. Что такое защитные знаки, какие специфические защитные реакции?
12. Что относится к неспецифическим защитным реакциям и о чем свидетельствует их исчезновение?
13. Что представляет острая интоксикация и какие его диагностические критерии?
14. Какие этапы отмечаются при трансформации опьянения ПАВ?
15. Дайте характеристику патологического опьянения.
16. Чем характеризуется обсессивное влечение к ПАВ?
17. Как проявляется компульсивное влечение к ПАВ?
18. Какие существуют виды компульсивного влечения?
19. Дайте определение большому наркоманическому синдрому.
20. Какие симптомы включает синдром измененной реактивности?
21. Дайте общую характеристику синдрома зависимости.
22. Какие диагностические критерии синдрома зависимости от ПАВ?
23. Охарактеризуйте синдром отмены ПАВ.
24. Назовите специфические абстинентные признаки.

25. Какие психотические расстройства определяются при хронической интоксикации ПАВ?

26. Какие соматоневрологические расстройства развиваются при хронической интоксикации ПАВ?

27. Чем характеризуется амнестический синдром вследствие потребления ПАВ?

Литература: [1, с. 282–305]; [2, с. 182–223]; [7, с. 67–106]; [8, с. 352–361]; [1д, с. 342–349]; [6д, с. 75–109]; [10д, с. 212–222].

б) Особенности наркотических расстройств в зависимости от вида ПАВ

10. Психические расстройства при употреблении алкоголя (хронический алкоголизм, патологическое опьянение, синдром отмены, в том числе с судорожными припадками, делирием и др.).

11. Наркотические синдромы при употреблении опиоидов (опий, морфий, героин) и каннабиоидов (гашиш, анаша, марихуана).

12. Интоксикация снотворными и седативными (бензодиазепины) средствами, психостимуляторами (кокаин, амфетамины, кофеин).

13. Особенности интоксикации галлюциногенами (психодизлептики) и ингалянтами, при табакокурении.

10. Психические расстройства при употреблении алкоголя (хронический алкоголизм, патологическое опьянение, синдром отмены, в том числе с судорожными припадками, делирием и др.)

Хронический алкоголизм – прогрессирующее заболевание, обусловленное систематическим потреблением спиртных напитков и проявляющееся физической и психической зависимостью от алкоголя, формированием абстинентного синдрома, а в далеко зашедших случаях – стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией.

В течении алкоголизма выделяют 3 типичные стадии.

Стадия I характеризуется повышением толерантности (переносимости) к алкоголю.

Стадия II сопровождается развитием абстинентного (похмельного) синдрома. Основными признаками II стадии являются непреодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю, максимальное нарастание толерантности, утрата не только количественного, но и ситуационного контроля, появление соматоневрологических нарушений и алкогольных психозов.

Стадия III характеризуется снижением толерантности к алкоголю, значительным ухудшением соматического состояния вследствие алкогольного

поражения внутренних органов и выраженными неврологическими расстройствами, которые доходят до появления в абстиненции эпилептоподобных припадков и различных алкогольных психозов.

Патологическое опьянение – редкий вариант острого психоза, протекающий с картиной сумеречного расстройства сознания, который развивается после употребления небольших доз алкоголя и может наступить вслед за состоянием простого алкогольного опьянения. Протекает чаще всего в *двух вариантах* – эпилептоидном и галлюцинаторно-параноидном.

Синдром отмены алкоголя (алкогольный абстинентный синдром) – симптомокомплекс соматических, неврологических и психопатологических расстройств у больного алкоголизмом, возникающих в результате внезапного прекращения запоя или снижения доз алкоголя; прием спиртного (опохмеление) временно устраняет или смягчает тяжесть состояния.

В структуре абстинентного синдрома при алкоголизме встречаются самые разнообразные психопатологические нарушения: астенические (раздражительная слабость, истощаемость, неспособность концентрировать внимание, понижение работоспособности, обильные вегетативные симптомы), аффективные (тревожность, неопределенные страхи, нестойкие идеи отношения и обвинения, пониженное настроение; в других случаях – вспышки раздражения, настроение с оттенком злобы и недовольства; возможны истерические формы поведения). При тяжелом алкогольном абстинентном синдроме иногда возникают судорожные припадки (по типу эпилептических).

Состояние отмены с судорожными припадками (алкогольная эпилепсия) – симптоматические (токсические) эпилептиформные припадки, которые возникают в первые дни алкогольного абстинентного синдрома. Состояние отмены алкоголя с судорожными припадками часто является дебютом последующего алкогольного делирия. Малых припадков, абсансов, аур при алкогольной эпилепсии не бывает.

Состояние отмены с делирием в результате употребления алкоголя (алкогольный делирий, белая горячка) – самый частый из алкогольных психозов (около 80 % общего их количества). Психоз возникает через несколько (чаще 2–5) дней после прекращения запоя, нередко на фоне какого-либо острого соматического заболевания или травмы. В продромальном периоде при абстинентном синдроме появляются стойкая бессонница, тревога и напряженность, возможны эпилептиформные припадки. Психоз начинается гипнагогическими галлюцинациями. При дальнейшем развитии возникают множественные зрительные иллюзии и галлюцинации, носящие нередко сценородный характер, в которых больной обычно ощущает себя участником событий. Психоз сопровождается дезориентировкой, но с сохраненным самосознанием, резким двигательным возбуждением и суетливостью, которая легко переходит в агрессию.

Психоз длится в течение 3–5 дней и при успешном лечении заканчивается критическим (медикаментозным) сном; в тяжелых и осложненных случаях может наступить летальный исход (1,5 % случаев), который при отсутствии лечения достигает 20 %.

Психические расстройства в результате употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз) – яркие и стойкие галлюцинации (зрительные и слуховые), не сопровождающиеся делирием, которые возникают у пациента с алкогольной зависимостью после сокращения (или прекращения) количества потребляемого спиртного (обычно в течение первых двух дней). Развивается на фоне начавшегося абстинентного синдрома или в последние дни запоя: в вечернее или ночное время возникают слуховые галлюцинации, носящие характер угроз, циничных оскорблений, обвинений. Критика к галлюцинаторным переживаниям отсутствует и поведение определяется содержанием слуховых обманов.

Алкогольный амнестический синдром (энцефалопатия Гайе–Вернике, корсаковский психоз, корсаковский синдром) – нарушение памяти на недавние события, обусловленные длительным интенсивным употреблением алкоголя. Отмечаются грубые нарушения памяти на текущие события с невозможностью запоминания и воспроизведения (фиксационная амнезия). Как следствие мнестических расстройств появляется дезориентировка в месте и времени, неузнавание окружающих.

11. Наркотические синдромы при употреблении опиоидов (опий, морфий, героин) и каннабиоидов (гашиш, анаша, марихуана)

Опиаты – данная группа ПАВ включает алкалоиды, получаемые из сока опийного мака (опий, морфин), продукты их дальнейшей переработки (героин, кодеин и др.), а также их суррогаты, получаемые синтетическим путем (промедол, фенадон, метадон и др.). Механизм действия веществ этой группы состоит в их связывании с опиатными рецепторами головного мозга.

Опиаты (особенно героин) обладают очень высокой *аддиктивностью* – зависимость у потребителей возникает в большом числе случаев и весьма быстро, нередко уже через несколько месяцев от начала приема. Характерен рост толерантности уже после первых 5–10 инъекций. Употребляются чаще всего внутривенно, героин иногда применяется путем вдыхания.

Инттоксикация опиатами проявляется психомоторной заторможенностью, невнятной смазанной речью, брадикардией, значительным сужением зрачков, сухостью кожи и слизистых оболочек, замедлением дыхания и др. Наиболее характерные симптомы передозировки – ступор, сопор или кома, зрачки размером с булавочную головку, не реагирующие на свет, падение артериального давления, выраженная брадикардия, подавление дыхания, признаки отека легких.

Состояние *отмены* возникает через 6–10 часов после прекращения приема наркотика и достигает максимальной выраженности к 3–4-му дню. Протекает тяжело и проявляется тягой к наркотику, зевотой, потливостью, слезотечением, насморком, тремором, «*гусиной кожей*», тупыми болями в мышцах («*ломка*»), тошнотой, расширением зрачков, в тяжелых случаях – повышением температуры тела, тахикардией, рвотой, потерей веса. Продолжительность состояний отмены составляет в среднем 2 недели, однако некоторые симптомы могут сохраняться 2–3 месяца и более.

Каннабиониды (марихуана, гашиш, анаша и др.) – препараты этой группы производятся из конопли (*Cannabis sativa*), их психоактивный эффект связан, главным образом, с различными изомерами тетрагидроканнабиола (ТНС). Наиболее концентрированным по содержанию ТНС является смолистый экссудат цветущих частей женского растения (гашиш, харас), за ним следуют сухие листья и побеги (*банг*) и смолистая масса из маленьких листьев соцветий (*ганья*).

В настоящее время марихуана является наиболее широко употребляемым в мире из числа нелегальных наркотических средств. Несмотря на невысокий уровень аддиктивности, опасность ее потребления состоит в том, что в последующем часть этих пациентов переходят к более «тяжелым» наркотикам – опиатам, психостимуляторам и др. *Интоксикация* проявляется легкой эйфорией, повышенной остротой восприятия окружающего мира, тахикардией, сухостью кожи и слизистых оболочек. Явления *отмены* возникают лишь у части хронических потребителей и проявляются рвотой, болями в мышцах, потливостью, раздражительностью, нарушением сна. При длительном курении марихуаны нередко возникают ларингиты, риниты, бронхиты, повышается частота рака легких.

12. Интоксикация снотворными и седативным (бензодиазепины) средствами, психостимуляторами (кокаин, амфетамины, кофеин)

Седативные и снотворные средства – в эту категорию относятся две группы лекарственных средств – транквилизаторы-бензодиазепины и барбитураты, которые при длительном приеме могут вызвать все характерные признаки заболевания – привыкание, толерантность, тягу, состояние отмены, психическую и физическую зависимость.

Барбитураты обладают большой аддиктивностью и у значительной части потребителей приводят к формированию зависимости. Барбитуровая *интоксикация* напоминает алкогольную и проявляется эйфорией, нарушением двигательной координации, смазанной речью, атакической походкой, расторможенностью влечения и т.д. Ее продолжительность – от 3 до 10–15 часов, в зависимости от принятой дозы и вещества. Состояния *отмены* протекают также тяжело и проявляются тревогой, двигательным беспокойством, тахикардией, рвотой, потливостью, расстройством сна. У части пациентов на 2–3-и сутки возникают большие судорожные припадки и делирий.

Аддиктивность *бензодиазепинов* тем выше, чем короче период полувыведения. В целом же аддиктивность бензодиазепинов значительно ниже, чем барбитуратов. Симптомы *передозировки*: сонливость, атаксия, смазанность речи, при суицидальных попытках – угнетение сердечной и дыхательной функции, сопор, кома. Явления *отмены* развиваются лишь в случаях длительного (3–4 недели и более) приема высоких доз, на 2–5-й день после прекращения приема, и проявляются раздражительностью, тревожностью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, вегетативной неустойчивостью, судорогами.

Психостимуляторы. *Кокаин* получают из листьев кустарника *Erythroxylon coca*, растущего в ряде стран Латинской Америки. Является высокоаддиктивным средством, зависимость возникает у большинства лиц, употребляющих его.

Употребляется кокаин путем подкожного, внутривенного введения, курения и нюхания, редко внутрь. *Инттоксикация* после однократного приема длится 30–50 минут и проявляется выраженной эйфорией, расторможенностью, возбуждением, ускорением речи и мышления, напоминающими состояние мании, а также симпатомиметическими эффектами – тахикардией, гипертензией, побледнением кожи и т.д. Изредка может возникать остановка сердца. После внутривенного введения нередко возникают психотические нарушения в виде делирия, острого бреда и др. Состояния *отмены* протекают тяжело и проявляются депрессией, тревогой, дисфорией, утомляемостью, расстройством сна, вегетативными дисфункциями, а также очень интенсивной тягой к наркотику.

К стимуляторам ЦНС относятся также *амфетамины* – фенамин, первитин, меридил (риталин) и др. Эти препараты получают синтетическим путем.

Амфетамины употребляют чаще всего внутрь, реже внутривенно. Зависимость (преимущественно психическая) возникает довольно быстро. Симптомы *интоксикации* и *передозировки* – возбуждение, бессонница, тахикардия, суженные зрачки, ощущение ползания мурашек по телу, в тяжелых случаях – нарушения сознания. Прекращение употребления высоких доз вызывает явления *отмены* – тревогу, выраженную депрессию, сонливость, гиперфагию и др. продолжительностью до 1–2 недель.

Относящийся к психостимуляторам *кофеин* в настоящее время является, по всей вероятности, наиболее широко употребляемым в мире ПАВ.

Симптомы *интоксикации* и *передозировки* возникают обычно вскоре после приема кофеина в дозе 300–500 мг и более и проявляются тревожностью, возбуждением, бессонницей, ускорением речи и мышления, тахикардией, мышечными подергиваниями, повышением диуреза и другими столь же знакомыми многим симптомами. При резком прекращении употребления кофеина возникают явления *отмены*, длящиеся 2–4 дня (головная боль, рвота, сонливость, раздражительность, эмоциональная лабильность).

13. Особенности интоксикации галлюциногенами (психодизлептики) и ингалянтами, при табакокурении

Галлюциногены (психодизлептики, психотомиметики, психоделические средства) – в данную группу относится большое число (вероятно, несколько сотен) веществ как растительного, так и синтетического происхождения, которые при их приеме способны вызвать у человека различные психотические симптомы – галлюцинации, расстройства сознания в виде делирия и онейроида, острый бред, эмоциональные нарушения и т.д. Наиболее известные галлюциногены – ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты, получается синтетическим путем), *вещества растительного происхождения* – мескалин, псилоцибин, гармин, мускарин, а также более новые *синтетические вещества* – производные триптамина.

Психологическая привлекательность употребления психодизлептиков заключается в том, что в состоянии *интоксикации* у человека обостряется восприятие внешнего мира, возникают необычные, ранее не испытанные чувства, оживляются воспоминания далекого прошлого, нередко происходит отреагирование прежних психических травм. В случаях тяжелой интоксикации и передозировки возможны резкое угнетение дыхания и сердечной деятельности, кома и смерть. Обычная продолжительность интоксикации 8–12 часов. Явления отмены при употреблении дизлептиков обычно не возникает.

Легучие растворители (ингалянты) – к их числу относится очень большое число распространенных и легкодоступных веществ – бензин, ацетон, пятновыводители, разбавители красок, клеи, средства для домашнего хозяйства и т.д.

Состояние острой *интоксикации* возникает через несколько минут, длится до 1 часа и проявляется расторможенностью, эйфорией, смазанной речью, головокружением, атаксией, иногда зрительными галлюцинациями. В тяжелых случаях возможны кома и смерть. Быстро формируются толерантность и психическая зависимость, в то же время явлений отмены, вероятно, не возникает.

Табак (никотин) – относится, наряду с кофеином и алкоголем, к числу самых употребляемых ПАВ и обладает средней степенью аддиктивности. Случаи острой *интоксикации* и *передозировки* встречаются редко. В то же время состояния *отмены* возникают часто, появляются через 1–2 часа после прекращения курения и длятся до 1–2 недель. Симптомы никотиновой отмены хорошо известны – раздражительность, тревога, очень интенсивное желание закурить, головная боль, тремор, нарушение сна. Зависимость от никотина носит как физический, так и психический характер и нередко поддерживается сильным позитивным социально-психологическим подкреплением.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие хронического алкоголизма и его типичных стадий.
2. Чем характеризуется патологическое опьянение?

3. Какие психопатологические нарушения отмечаются при синдроме отмены алкоголя?
4. Чем характерны состояния отмены алкоголя с судорожными припадками?
5. В чем суть алкогольного делирия?
6. Какие особенности алкогольного галлюциноза?
7. Охарактеризуйте алкогольный амнестический синдром.
8. Какие симптомы определяют интоксикацию и состояние отмены при употреблении опиатов?
9. Какие особенности симптоматики синдромов при употреблении каннабиоидов?
10. Каковы аддиктивность, интоксикация и состояние отмены при приеме седативных и снотворных средств?
11. Как характеризуются наркотические синдромы при употреблении кокаина?
12. Какие типичные особенности интоксикации и отмены при применении психостимуляторов (амфетамины, кофеин)?
13. Какой характер действия галлюциногенов?
14. Какие симптомы острой интоксикации на летучие ингалянты?
15. Какие особенности интоксикации и отмены табака?

Литература: [1, с. 282–305]; [2, с. 182–223]; [7, с. 67–106]; [8, с. 352–361]; [1д, с. 342–349]; [6д, с. 75–109]; [10д, с. 212–222].

ТЕМА 28. МОЗГ И ПСИХИКА: ПРИНЦИПЫ СИСТЕМНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ. ПСИХОМОТОРНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ

1. *Функциональная асимметрия мозга.*
2. *Преимущественная регуляция функций в левом и правом полушариях головного мозга.*
3. *Теория мозговой системной динамической локализации психических функций и основные структурно-функциональные блоки по А.Р. Лурия.*
4. *Психомоторика в патопсихологии, роль отдельных областей коры мозга.*
5. *Теория уровневой организации движений по Н.А. Бернштейну.*

1. Функциональная асимметрия мозга

Большинство патопсихологических феноменов обусловлено патологическим ответом всего мозга. Вместе с тем существует *функциональная асимметрия мозга* (ФАМ), что отражается на психопатологии, имеет значение не только для диагностики, но и для исследования компенсаторных и восстановительных процессов в целях разработки коррекции нарушенных психических функций и выбора лечебной тактики.

Методологической основой теории ФАМ являются современные представления о зеркальной симметрии, нарушения симметрии правого и левого в природе. Не вызывает сомнений очевидная правомерность различения моторной, сенсорной, психической (а следовательно, и патопсихологической) асимметрии человека, а также выделения индивидуального профиля асимметрии головного мозга. Под профилем асимметрии последнего понимается присущее каждому данному субъекту определенное сочетание функциональных асимметрий. Изучение ФАМ доказывает, что целостная психика предполагается тем более эффективной, чем более асимметричны составляющие ее процессы. Асимметрия последних проявляется только при одновременном и параллельном их осуществлении, возможном лишь при несходном функционировании полушарий мозга в их работе во времени.

2. Преимущественная регуляция функций в левом и правом полушариях головного мозга

В левом полушарии головного мозга локализованы: смысловое восприятие и воспроизведение речи, письмо, самосознание, тонкий двигательный контроль пальцев обеих рук, логическое, абстрактное, аналитическое мышление, арифметический счет, музыкальная композиция, пространство цветов, положительные эмоции. Оно хорошо «*понимает*» глаголы, «*способно*» на ложные высказывания.

В правом полушарии головного мозга локализованы: образное мышление, пространственно-зрительные способности, интуиция, музыка, интонация речи, грубые движения всей руки, целостное восприятие, отрицательные эмоции, юмор. Оно почти не понимает глаголов, абстрактных терминов. Отмечается достоверное повышение процента леворуких среди близнецов, гениев, психотических и слабоумных больных, людей с зависимым поведением.

В то же время представление о наличии четкой специализации психических функций правого и левого полушарий мозга в настоящее время находит опровержение. Любая нервно-психическая функция, за исключением двигательной речевой активности, может осуществляться каждым из них. Однако в *«неспециализированном»* полушарии этот процесс более медленный и менее совершенный.

В клинической патопсихологии и психиатрии важное значение имеет исследование особенностей функциональной асимметрии головного мозга, связанной с проявлениями общей психопатологии.

3. Теория мозговой системной динамической локализации психических функций и основные структурно-функциональные блоки по А.Р. Лурия

Важнейшей теоретической предпосылкой нейропсихологии является понимание психической функции как функциональной системы, состоящей из иерархически связанных между собой звеньев.

Такой подход позволил сформулировать *теорию мозговой системной динамической локализации психологических функций*. Согласно этой теории, всякая психологическая функция обеспечивается совместной интегративной работой различных мозговых структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в реализацию определенного звена функциональной системы.

А.Р. Лурия выделяет три основных структурно-функциональных блока, обеспечивающих интегративную деятельность головного мозга:

энергетический блок, или блок регуляции тонуса активности головного мозга;

блок приема, переработки и хранения экстрацептивной информации;

блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Каждая высшая психологическая функция осуществляется при участии всех трех блоков головного мозга.

Первый блок включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию ствола, лимбическую систему, медиобазальные отделы лобной и височной коры головного мозга; *второй* включает основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий головного мозга; *третий* включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей головного мозга.

Данная модель деятельности головного мозга объясняет, как аномальное функционирование отдельных его структур в случае поражения может приводить к определенному дефекту психических процессов.

4. Психомоторика в патопсихологии, роль отдельных областей коры мозга

Термин **психомоторика** в патопсихологии и психиатрии характеризует центральные регуляторные механизмы двигательных реакций, а также их индивидуальные и личностные особенности.

Все движения человека осуществляются и регулируются при самом непосредственном участии различных отделов центральной нервной системы, где каждый из этих отделов играет свою определенную роль. Наиболее простые двигательные рефлексы человека (например, кожные и сухожильные) связаны с деятельностью нижних отделов центральной нервной системы – спинного, промежуточного и среднего мозга. Более сложные рефлексы регулируются мозжечком и контролируемыми им вестибулярным аппаратом и соответствующими отделами среднего мозга (рефлексы позы и стояния). Дальнейший синтез различных видов чувствительности в единое целое происходит на уровне промежуточного мозга и подкорковых ядер.

Однако сложные двигательные действия возникают только при участии высокоорганизованных отделов коры головного мозга, особенно лобных долей больших полушарий. При этом действия приобретают смысловое содержание и становятся целенаправленными.

Значительный вклад в развитие учения о психомоторике внес *А.Р. Лурия*. Он показал роль отдельных областей мозговой коры в осуществлении двигательных актов. Так, *постцентральные (чувствительные) зоны коры головного мозга* обеспечивают кинестетическую, проприорецептивную афферентацию двигательного акта, правильную адресацию двигательных импульсов к мышечной периферии. *Нижнетеменные участки коры и теменно-затылочные области* управляют пространственной организацией движений. *Премоторные отделы коры* регулируют временную серийную организацию движений и действий. *Лобные отделы коры головного мозга* обеспечивают высшую регуляцию двигательных актов – сличение реального движения с исходной двигательной задачей, словесную регуляцию движений, приспособительную целесообразность действий.

5. Теория уровневой организации движений по Н.А. Бернштейну

Н.А. Бернштейном была подробно разработана теория уровневой организации движений, позволяющая разложить сложный двигательный акт на отдельные компоненты, а также выявить состояние мозговых уровней, их роль в регуляции движений и действий.

Каждый уровень построения движений характеризуется морфологической локализацией, ведущей афферентацией, специфическими свойствами движений, основной и фоновой ролью в двигательных актах вышележащих уровней, патологическими синдромами и дисфункцией.

Филогенетически наиболее ранний **руброспинальный уровень регуляции движений** (*уровень А*) обеспечивает произвольную бессознательную регуляцию тонуса мускулатуры тела с помощью проприорецепции.

Руброспинальный уровень регуляции движений начинает функционировать уже с первых недель жизни ребенка. При патологии в деятельности руброспинального уровня регуляции движений наблюдаются различные дистонии, гипо- или гипердинамические расстройства.

Таламопаллидарный уровень регуляции движений (*уровень В*) начинает функционировать у ребенка со второго полугодия жизни, обеспечивает согласование, внутреннюю увязку составных частей целостного большого движения, синергию движений и функционирование двигательных штампов. Ведущая афферентация таламопаллидарного уровня – суставно-угловая проприорецепция собственного тела. Деятельность уровня В охватывает выразительные движения, мимику, пантомимику, пластику. Движения, управляемые этим уровнем, автоматичны, машинообразны и не могут точно измеряться. При патологии в деятельности уровня В возникают различные диссенергии и асинергии, гипер- и гиподинамические расстройства. Афферентная недостаточность этого уровня ведет к ослаблению выразительности движений, мимики, пластичности, обеднению интонации голоса.

Во втором полугодии жизни ребенка начинает функционировать и *третий уровень регуляции движений* – **пирамидно-стриальный** (*уровень С*). Сенсорная коррекция этого уровня обеспечивает согласование двигательного акта с внешним пространством при ведущей роли зрительной афферентации. Уровень С обеспечивает целевой характер движений. Такие движения своевременны, точны и могут быть измерены. При патологии в деятельности пирамидно-стриального уровня организации движений возникают параличи и парезы, нарушения координации (дистаксии и атаксии).

Кортикальный (теменно-премоторный, предметный) уровень организации движений (*уровень Д*) обуславливает возникновение первых осмысленных действий. Проприорецепция играет на этом уровне подчиненную роль, а ведущая афферентация не связана с рецепторными образованиями, а опирается на смысловую сторону действия с предметом. Пространственное поле, в котором организуются движения, приобретает новые топологические категории (верх, низ, между, под, над, прежде, потом). При патологии в деятельности кортикального уровня (поражении или недоразвитии) нарушается смысловая организация и реализация движений (диспраксия и апраксия). Страдают высшие корковые автоматизмы. Утрачивается возможность выработки новых навыков.

Понимание чужой и собственной речи, письменное и устное выражение своих мыслей связаны с **деятельностью идеаторного уровня Е**. Действия этого уровня основываются на образном мышлении (музыкальное, хореографическое исполнение).

Следовательно, любой двигательный акт есть сложное многоуровневое построение, возглавляемое ведущим уровнем (смысловой структурой) и рядом фоновых уровней (технические компоненты движений).

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Что является методологической основой функциональной асимметрии мозга?
2. Какую преимущественную регуляцию функций осуществляет левое полушарие головного мозга?
3. Какие функции преимущественно локализованы в правом полушарии головного мозга?
4. Какие отмечаются особенности замещения нервно-психических функций «неспециализированным» полушарием головного мозга?
5. В чем суть теории мозговой системной динамической локализации психологических функций?
6. Какие структурно-функциональные блоки обеспечивают интегративную деятельность головного мозга?
7. Какие структуры и функции включают отдельные интегративные блоки?
8. Дайте понятие о психомоторике.
9. Какими структурами ЦНС в зависимости от сложности регулируются движения человека?
10. Какова роль отдельных областей мозговой коры в психомоторике по А.Р. Лурия?
11. В чем суть теории уровневой организации движений Н.А. Бернштейна?
12. Что регулирует руброспинальный уровень регуляции движений; какими расстройствами сопровождается его нарушение?
13. Какие движения обеспечивает таламопаллидарный уровень?
14. Какие двигательные расстройства определяются при патологии уровня В?
15. Какие движения и их нарушения обеспечиваются функционированием пирамидно-стриального уровня?
16. Какие действия человека обуславливает кортикальный уровень регуляции движения?
17. Какие нарушения отмечаются при патологии деятельности кортикального уровня?

Литература: [1, с. 306–324]; [6, с. 153–156].

ТЕМА 29. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА – СИНДРОМНЫЙ АНАЛИЗ

1. Основные понятия синдромного нейропсихологического анализа.
2. Классификация корковых нейропсихологических синдромов по топическому (функционально-морфологическому) принципу.
3. Морфофункциональная характеристика заднего отдела больших полушарий мозга (первичные, вторичные и третичные поля).
4. Цитоархитектоника и функции передних отделов коры головного мозга (моторные, премоторные и префронтальные зоны).
5. Основные синдромы локальных поражений головного мозга.
6. Нейропсихологические синдромы поражения затылочных отделов головного мозга (зрительные агнозии).
7. Синдромы локального поражения височных отделов головного мозга.
8. Основные синдромы поражения теменных отделов головного мозга.
9. Синдромы поражения третичных височно-теменных затылочных отделов коры (зоны ТРО).
10. Нейропсихологические синдромы поражения премоторных отделов коры головного мозга.
11. Синдромы поражения префронтальных отделов лобной коры.

1. Основные понятия синдромного нейропсихологического анализа

Патология головного мозга обычно приводит к нарушению работы отдельных мозговых зон или взаимодействия между ними, в связи с чем психический процесс страдает не глобально, а избирательно. При этом остаются сохранные звенья, обеспечиваемые работой интактных мозговых зон или систем. Степень дефицитности определяется ролью пострадавшего звена в реализации целостной психологической функции.

В основе нейропсихологического изучения нарушений высших психических функций у больных с локальными поражениями головного мозга лежит синдромный анализ.

Основные понятия синдромного анализа:

1. Нейропсихологический симптом – понятие, обозначающее нарушение высшей психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга. Нейропсихологические симптомы делятся на *первичные*, непосредственно связанные с нарушением деятельности головного мозга, и *вторичные*, возникающие как следствие первичных по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями.
2. Нейропсихологический синдром – закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное выпадением (или нарушением) определенного мозгового фактора.

3. Под фактором в нейропсихологии понимаются те физиологические процессы (а не сами мозговые структуры), которые протекают в определенных мозговых структурах.

4. Синдромный анализ – анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего мозгового основания, объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов. Синдромный анализ предполагает тщательную качественную квалификацию нарушений психических функций, а не просто констатацию того, что функция нарушена. Синдромный анализ включает сопоставление первичных нарушений, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, которые возникают по законам системной организации функций. Синдромный анализ предполагает необходимое изучение состава не только нарушенных, но и сохранных высших психических функций.

5. Нейропсихологическая диагностика – исследование локальных поражений головного мозга с помощью нейропсихологических методов в целях постановки топического диагноза. Нарушения высших психических функций могут протекать в различных формах:

- грубое расстройство или выпадение функции;
- патологическое ослабление или усиление;
- снижение уровня выполнения функции.

2. Классификация корковых нейропсихологических синдромов по топическому (функционально-морфологическому) принципу

Основная классификация корковых нейропсихологических синдромов построена на топическом принципе. В соответствии с ним выделяют синдромы поражения затылочных, височных, теменных, ассоциативных теменно-затылочно-височных, премоторных и префронтальных отделов коры головного мозга. С этих позиций в коре последнего выделены отделы по функционально-морфологическому принципу.

3. Морфофункциональная характеристика заднего отдела больших полушарий мозга (первичные, вторичные и третичные поля)

Задние отделы больших полушарий головного мозга объединяют корковые зоны зрительной, слуховой и кожно-кинестетической анализаторных систем. В коре задних отделов головного мозга выделяют «*ядерные зоны анализаторов*» и «*периферию*» (И.И. Павлов), или первичные, вторичные и третичные поля. К ядерным зонам относят первичные и вторичные поля.

Все *первичные поля* характеризуются топическим принципом организации: каждому участку рецепторной поверхности (сетчатки, кортиева органа, кожи) соответствует определенный участок первичной коры. Величина зоны представительства в первичной коре того или иного рецепторного участка

зависит от его функциональной значимости. Функции первичной коры состоят в максимально тонком анализе различных физических параметров стимулов определенной модальности, на основе которого возникают ощущения.

Вторичные корковые поля по своей цитоархитектонике характеризуются большим развитием второго–третьего слоя клеток. Вторичные корковые поля осуществляют синтез раздражителей в пределах анализатора и обеспечивают гностические функции психики (восприятие).

Третичные поля коры задних отделов больших полушарий головного мозга занимают верхнетеменную область (поля 7 и 40), нижнетеменную область (поле 39), средневисочную область (поле 21 и частично 37) и зоны перекрытия височной, теменной и затылочной коры – зоны ТРО.

Функционально значение третичных полей многообразно: конвергенция разномодальной информации, что необходимо для целостного восприятия, создание сенсорной модели мира; осуществление сложных надмодальных видов психической деятельности – символической, конструктивной, речевой, интеллектуальной (особенно зоны ТРО).

4. Цитоархитектоника и функции передних отделов коры головного мозга (моторные, премоторные и префронтальные зоны)

Передние отделы больших полушарий включают моторные, премоторные и префронтальные зоны лобных долей.

Моторная (поле 4) и *премоторная* (поля 6, 8) лобная кора имеет агранулярное строение и характеризуется хорошим развитием пятого моторного слоя клеток-пирамид. Это ядерная зона двигательного анализатора.

В *первичном* поле 4, построенном по соматотопическому признаку, различные участки поля иннервируют различные группы мышц на периферии (поперечно-полосатая и гладкая мускулатура) в зависимости от функциональной значимости. В пятом слое поля 4 содержатся самые крупные клетки ЦНС – большие пирамидные клетки *Беца*, дающие начало пирамидному пути, который участвует в реализации точно дозированных и дифференцированных движений, полностью подчиненных произвольному контролю (физический тип движений).

Вторичные поля (6, 8) двигательного анализатора имеют также хорошо развитый пятый слой, но он представлен другим типом двигательных нейронов – малыми пирамидами. Отсюда берет начало экстрапирамидный путь, с функционированием которого связаны регуляция тонуса, коры, настроечные движения, автоматизированные движения, физиологические синергии, мимика, пантомимика. Поле 44 (зона *Брока*) имеет отношение к управлению оральными движениями и движениями речевого аппарата.

Третичные поля лобных долей головного мозга – префронтальная кора.

Префронтальная кора связана многочисленными связями с корой задних отделов больших полушарий головного мозга, а также с неспецифическими системами. Эти отделы по восходящим путям получают активизирующее воздействие от ретикулярной формации, но и сами оказывают регулирующее влияние на нее, приводя состояние активности в соответствие с различными формами поведения. Префронтальные отделы играют ведущую роль в программировании и контроле за протеканием психических функций, в формировании замыслов и целей психической деятельности, в регуляции и контроле за результатами отдельных действий, деятельности и поведения в целом.

Поражение первичных полей ведет к элементарным расстройствам сенсорно-моторных и моторных функций. Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных полей при сохранности элементарной чувствительности и элементарных движений.

5. Основные синдромы локальных поражений головного мозга

Локальные поражения коры больших полушарий головного мозга вызывают различные варианты трех основных синдромов:

агнозии – гностические расстройства, отражающие нарушение разных видов восприятия (зрительного, слухового, кожно-кинестетического) при сохранности элементарной чувствительности;

афазии – нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария головного мозга (у правой) и представляющие собой системное расстройство различных форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарного слуха;

апраксии – нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, возникающие при локальных поражениях вторичных и третичных полей двигательного анализатора и не сопровождающиеся элементарными двигательными расстройствами (параличи, парезы, тремор).

6. Нейропсихологические синдромы поражения затылочных отделов головного мозга (зрительные агнозии)

Зрительные агнозии. Это группа нейропсихологических синдромов, проявляющихся в невозможности узнавания и познания предметов или затрудненности в процессе их зрительного восприятия.

Виды зрительных агнозий:

1. *Предметная агнозия* состоит в невозможности или затрудненности узнавания предмета в целом при сохранном познании отдельных его признаков или частей. Предметная агнозия – левополушарный синдром, но в наиболее грубой форме эта агнозия встречается при двустороннем поражении

«широкой зрительной сферы». При предметной агнозии трудности опознания формы объектов являются первичными и в наиболее «чистом» виде проявляются именно при опознании контуров объектов.

2. *Оптико-пространственная агнозия* в наиболее грубой форме наблюдается при двустороннем поражении затылочно-теменных отделов коры головного мозга. При оптико-пространственной агнозии у больных теряется возможность ориентации в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов. Нарушается лево-правая ориентировка, больные не «читают» географическую карту, нарушена ориентировка в сторонах света.

Сочетание зрительно-пространственных и двигательных расстройств называют *апрактоagnoзией*. Оптико-пространственная агнозия может нарушать навыки чтения – возникают трудности прочтения букв с лево-правыми признаками.

3. *Буквенная (символическая) агнозия* возникает при одностороннем поражении левой затылочно-теменной области головного мозга. Нарушается идентификация букв (или цифр) при сохранности их копирования. У таких больных распадается и навык чтения – возникает первичная алексия.

4. *Симультанная агнозия* возникает при двустороннем или правостороннем поражении затылочно-теменных отделов коры. Проявляется в невозможности одновременного восприятия нескольких зрительных объектов или ситуации в целом. Больной не в состоянии понять общий смысл изображенной сюжетной картинки, перечисляя ее элементы.

5. *Лицевая агнозия* проявляется при поражении правого полушария мозга. Нарушение зрительного гнозиса состоит в потере способности распознавать реальные лица или их изображения (на рисунках, фотографиях).

6. *Цветовая агнозия* возникает при правополушарной локализации поражения. Различают собственно цветовую агнозию и нарушение распознавания цветов как таковых («цветовая слепота»). Цветовая агнозия наблюдается на фоне сохранности цветоощущения.

Модально-специфические нарушения внимания. Отдельную группу составляют симптомы нарушения зрительного (модально-специфического) внимания в виде игнорирования левой части зрительного пространства, особенно при большом объеме зрительной информации или при одновременном предъявлении зрительных стимулов в полях зрения, информация от которых поступает ипсилатерально. Такие больные при копировании рисунка изображают только правую его половину, а также при описании рисунка со сложным сюжетом больной «не замечает» изображенного в левой половине картинке или дает неверное его описание.

Оптико-пространственная апраксия. Появляется при поражении затылочных долей головного мозга, особенно справа. Страдает пространственная организация двигательных актов. В результате возникает пространственная (конструктивная) апраксия.

Оптико-мнестическая афазия. Возникает при поражении теменно-затылочной коры на границе с вторичными височными полями. При этом нарушении речи происходит рассогласование наглядно-образных представлений с вербальным знаковым обозначением. Нарушается припоминание слов, обозначающих конкретные предметы. Таким образом, центральным симптомом этого вида афазии являются трудности называния предметов.

7. Синдромы локального поражения височных отделов головного мозга

Слуховые (акустические) агнозии. Височные нейропсихологические синдромы различаются в зависимости от стороны поражения в связи с четкой латерализацией мозговых механизмов речевых функций и возникают при поражении полей 42, 22 (вторичных и третичных) слухового анализатора.

Виды слуховых агнозий:

1. *Речевая акустическая агнозия.* Чаще называется *сенсорной афазией*, так как в основе лежит нарушение фонематического слуха, который обеспечивает дифференцированный анализ смыслоразличительных звуков речи. Степень выраженности агнозии может быть различной: от полной неспособности различать фонемы родного языка (родная речь воспринимается как набор звуков без смысла) до затруднения понимания близких фонем, редких и сложных слов, речи в быстром темпе или произносимой в «затрудненных» условиях.

2. *Слуховая агнозия* возникает при поражении ядерной зоны слухового анализатора справа. При этом виде агнозии больной не узнает привычных бытовых, предметных и природных шумов (скрип, шум льющейся воды и т.п.).

3. *Аритмия* – выражается в том, что больные не могут правильно «оценить на слух» и воспроизвести ритмические структуры. При поражении правого виска нарушается восприятие структурной оформленности ритма как целого, при поражении левого виска – анализ и синтез структуры ритма, а также его воспроизведение.

4. *Амузия* проявляется в нарушении способности узнавать и воспроизводить знакомую или только что услышанную мелодию

5. *Нарушение интонационной стороны речи (просодии)* выражаются в том, что больные не различают интонаций в речи других, кроме того, их собственная речь невыразительна: голос лишен модуляций и интонационного разнообразия. Данное нарушение характерно для правовисочного поражения.

6. *Акустико-мнестическая афазия.* Возникает при поражении медиобазальных отделов коры левой височной области. Больной не способен запомнить даже сравнительно небольшой речевой материал вследствие нарушения слухоречевой памяти. В результате возникает вторичное, из-за слабости слухоречевых следов, непонимание устной речи.

Центральным симптомом является снижение объема запоминания. Снижается также скорость переработки словесной информации.

Модально-неспецифические нарушения памяти. Возникают при поражении медиобазальных отделов височной области коры больших полушарий головного мозга.

Дефекты «общей памяти» проявляются у больных в трудностях непосредственного удержания следов любой модальности. При более массивных поражениях этих отделов мозга нарушения кратковременной памяти приближаются по интенсивности к Корсаковскому синдрому (фиксационная амнезия, амнестическая дезориентировка, парамнезии).

Эмоциональные нарушения. Возникают при поражении медиобазальных отделов височной коры головного мозга (лимбическая система).

При поражении коры правой височной доли возможны два типа аффективных нарушений:

пароксизмы чрезмерных по силе эмоций с оттенком страдания (тоски, страха, ужаса), которые могут сопровождаться галлюцинациями и висцероветгетативными изменениями;

пароксизмы, включающие переживание дереализации и деперсонализации с резким уменьшением эмоциональности или эйфорическим фоном настроения.

Клинические наблюдения за больными с левовисочным поражением показали, что ведущим здесь является преобладание депрессивно-тревожных переживаний с активизацией и двигательным беспокойством. На фоне постоянного эмоционального напряжения и тревоги все более проявляются настороженность, подозрительность, раздражительность, конфликтность.

Нарушения сознания. Появляются при поражении медиальных отделов височной области головного мозга. В тяжелых случаях – это просоночные состояния сознания, спутанность. В более легких случаях – трудности ориентировки в месте, времени (правое полушарие); абсансы.

8. Основные синдромы поражения теменных отделов головного мозга

Тактильные агнозии. Возникают в связи с поражением вторичных полей теменной коры (1, 2 и частично 5) и третичных (39, 40). Тактильными агнозиями обозначаются нарушения узнавания объектов на ощупь при сохранности тактильных ощущений.

Виды тактильных агнозий:

1. *Астереогноз*, или *тактильная предметная агнозия*, проявляется в невозможности интегрировать тактильные ощущения в образ восприятия, неузнавание предмета на ощупь. Больной правильно оценивает признаки предмета, но не опознает его в целом.

2. *Пальцевая агнозия* (синдром *Гершмана*) проявляется в нарушении способности называния пальцев руки при прикосновении обследующего к ним на руке, контралатеральной очагу поражения, при закрытых глазах больного.

3. *Соматоагнозия* (*нарушение схемы тела*) проявляется в трудностях узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу; в появлении ложных соматических представлений (изменение размеров головы, руки, языка, удвоение конечностей), в игнорировании левой половины тела.

Тактильная алексия (*дермоалексия*) проявляется в невозможности узнавания букв и цифр, которые рисуются обследующим на руке больного.

Афферентная моторная афазия. Расстройство кинестетической основы речевого моторного акта, проявляющееся в трудностях артикуляции речевых звуков и слов в целом, в смещении близких артикулем. Эта форма афазии возникает при поражении нижних отделов теменной области левого полушария. Афферентная моторная афазия выражается не только в трудностях артикуляции, больные также неправильно воспринимают близкие артикулемы.

Кинестетическая апраксия – нарушение произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, не сопровождающееся четкими элементарными двигательными расстройствами – параличами и парезами (возникает при поражении вторичных полей). У больных нарушается письмо (*аграфия*), возможность правильного воспроизведения различных поз руки (*апраксия позы*).

9. Синдромы поражения третичных височно-теменных затылочных отделов коры (зоны ТРО)

Зоны ТРО обеспечивают наглядный пространственный и «*квазипространственный*» анализ и синтез, необходимый для комплексного отражения внешнего мира.

Конструктивная апраксия. Возникает при поражении зоны ТРО справа и проявляется в нарушениях ориентировки в объективном пространстве. Больные не ориентируются в знакомых маршрутах, плане собственной квартиры, отделении больницы, испытывают трудности при рисовании планов, географической карты, расстановке стрелок на часах без цифр.

Аграфия. При поражении в зоне ТРО слева нарушается письмо в связи с нарушением актуализации пространственно ориентированных элементов букв; трудности дифференцировки букв в правильном или зеркальном изображении.

Алексия. Левостороннее поражение зоны ТРО проявляется также в нарушении чтения по той же причине, что и аграфия.

Алькулия. Возникает при поражении зоны ТРО слева. Здесь страдают счетные операции в звене понимания смысла числа из-за дефектов, связанных с распадом его разрядного строения. Дефект счета может наблюдаться также при выполнении арифметических действий с числами.

Семантическая афазия. Поражение зоны ГРО слева вызывает речевое расстройство, характеризующееся нарушением понимания обращенной к больному речи, если в нее включены речевые конструкции, описывающие реальные пространственные отношения (например: «Нарисуйте треугольник слева от круга»), либо сложные логико-грамматические структуры.

Амнестическая афазия. Также левополушарное поражение зоны ГРО, приводящее к расстройству номинативной функции речи.

10. Нейропсихологические синдромы поражения премоторных отделов коры головного мозга

Премоторные отделы коры включают вторичные корковые поля двигательной системы (6, 8, 44, 45). Поражение этих отделов приводит к нарушению двух факторов:

модально-специфического, обеспечивающего корковую организацию движений во времени – важнейший аспект регуляции движений, так как объединяет отдельные двигательные элементы в единую динамическую систему;

модально-специфического, подвижности – инертности нервных процессов.

Это отражается на нейродинамике высших психических функций, снижая их подвижность, лабильность.

Кинетическая апраксия. Поражение верхних отделов премоторной области. Левополушарные очаги обуславливают появление патологических симптомов в обеих руках, тогда как правополушарные – только в левой руке.

Двигательная симптоматика складывается из различных нарушений плавности, автоматизированности, последовательности, двигательных актов как простых, так и сложных. Центральным симптомом в премоторном синдроме является наличие *двигательных персевераций* – бесконтрольных, плохо осознаваемых циклических элементов движений, представляющих собой повторение начавшегося двигательного акта. Таким образом, невозможным становится переход к следующему звену программы.

Эфферентная (кинетическая) моторная афазия. Локализация патологического процесса в нижних отделах премоторной зоны левого полушария (*зона Брока*) приводит к нарушению речи, при котором патологическая инертность проявляется в трудностях оттормаживания уже привнесенных звуков речи при переходе к следующим.

Динамическая афазия. Очаг поражения располагается несколько кпереди и выше *зоны Брока* в левом полушарии головного мозга (поля 9, 10, 46), в результате чего возникают дефекты, связанные с инактивностью и нарушением внутренней программы высказывания. Самостоятельно такие больные почти не высказываются («дефект речевой инициативы»), хотя у них нет нарушений речевой моторики и понимание устной речи достаточно сохранено. Как правило, больные ограничиваются односложными ответами, часто повторяя в них слова вопроса. Устный рассказ или сочинение на заданную тему им недоступны.

Двигательное невнимание. Локализация очага поражения в правом полушарии головного мозга премоторной области приводит к нарушению внимания к двигательным актам. Оно обнаруживается в том случае, когда больному предлагается одновременно выполнять движения двумя руками. Они начинают выполняться движения правильно, но затем левая рука как бы отключается, и больной продолжает совершать движения только правой рукой, не осознавая своей ошибки. Симптом игнорирования исчезает, если он совершает движения отдельно левой и правой рукой.

Премоторный синдром проявляется в более широком спектре симптомов дефицитарности психологических функций. Трудности в решении арифметических задач проявляются в виде застревания больного на первоначально выполненных действиях; невозможности сменить неправильный алгоритм решения на правильный. Больным доступно воспроизведение закреплённой в памяти последовательности в прямом порядке (январь, февраль и т.д.), но они затрудняются воспроизвести ее в обратном порядке.

11. Синдромы поражения префронтальных отделов лобной коры

В нейропсихологии выделяется три основных варианта синдромов, связанных с поражением префронтальной коры.

Префронтальный конвекситальный синдром. Клиническое название синдрома – лобный.

1. *Диссоциация между относительной сохранностью произвольной и дефицитарностью произвольной регуляции психических процессов* – в крайних вариантах выраженности больному практически недоступно произвольное выполнение даже простых заданий. Поведение таких больных подчинено стереотипам, штампам и определяется как «полевое».

2. *Регуляторная апраксия (апраксия целевого действия)* – невозможность выполнения двигательной программы, замена ее сложившейся стереотипной последовательностью. Так, в ответ на инструкцию «*Сожмите мою руку два раза*» больной долго жмет ее или сжимает многократно.

3. *Эхопраксия* – прямая подчиненность двигательной программы предъявляемым стимулам. Больной повторяет двигательную инструкцию, а если инструкция предъявляется вербально, то она вообще не выполняется.

4. *Нарушение регулирующей функции речи* – речевая инструкция усваивается, но не становится механизмом контроля и коррекции. Вербальный и двигательный компоненты разъединяются.

5. *Инактивность* – исчезновение инициативы, активности, может проявляться на различных этапах выполнения действия: на этапе формирования намерения, исполнения и сличения. Нарушение произвольной регуляции, нарушение регулирующей функции речи и инактивность – все эти признаки лобного синдрома могут проявляться в двигательной, интеллектуальной, мнестической и речевой деятельности.

Наиболее наглядно нарушения целепологания, программирования и контроля находят свое отражение в речевых расстройствах. Спонтанная речь больных обеднена, они утрачивают речевую инициативу, в речевой продукции много штампов, стереотипов, эхололий (повторений за обследующими).

При поражении левой лобной доли особенно отчетливо выступает нарушение регулирующей функции речи, снижение речевой инициативы, обеднение речевой продукции.

В случае правополушарных поражений наблюдаются расторможенность речи; обилие речевой продукции с утратой содержания; дефекты наглядного, невербального мышления; нарушение целостной оценки ситуаций.

При правополушарной локализации поражения в **базальных отделах лобных долей** характерно знание больным проявлений своего заболевания в сочетании с отсутствием целостного представления о нем и его переживания (анозогнозия). Общий фон настроения характеризуется благодушием, эйфорией, иногда – расторможенностью эффективной сферы.

Поражение базальных отделов левой лобной доли головного мозга характеризуется общим депрессивным фоном настроения, который, однако, не вытекает из истинного переживания болезни.

В целом эмоциональная сфера больных с лобно-базальной патологией характеризуется обедненностью, монотонностью, неадекватностью.

Префронтальный медиальный синдром. Здесь на первый план выступают нарушения модально-неспецифических факторов активации – дезактивации и наблюдаются два основных комплекса симптомов – нарушения сознания и памяти.

Нарушения сознания характеризуются дезориентировкой больного в месте, времени, своем заболевании и собственной личности. Он не может назвать год, месяц, число, время года, свой возраст, возраст своих детей и т.п. При нарушениях ориентировки имеются специфические латеральные черты: при правополушарном поражении чаще встречается двойственная ориентировка в месте или нелепые ответы по типу конфабуляций, а также нарушение субъективных параметров времени.

Нарушения памяти распространяются на запоминание материала любой модальности независимо от уровня смысловой организации.

Латеральные различия в нарушениях памяти проявляются следующим образом. Правосторонние поражения характеризуются более выраженными конфабуляциями, что коррелирует с речевой расторможенностью, а также «*амнезией на источник*» – больной не в состоянии произвольно вспомнить сам факт имевшего место запоминания. Мнестический дефект при левосторонних поражениях менее выражен в отношении контаминаций и конфабуляций, что, видимо, связано с общей инактивностью, а также наблюдается преимущественный дефицит в запоминании и воспроизведении смыслового материала.

Вопросы для самоконтроля и практического занятия:

1. Дайте понятие о нейропсихологическом симптоме.
2. Что подразумевается под нейропсихологическим синдромом и фактором в нейропсихологии?
3. Что предполагает синдромный анализ?
4. Что такое нейропсихологическая диагностика?
5. В каких формах могут протекать нарушения высших психических функций?
6. Какие выделяют классификационные нейропсихологические синдромы?
7. Дайте морфофункциональную характеристику первичного поля заднего отдела полушарий головного мозга?
8. Какие функции осуществляют вторичные корковые поля заднего отдела головного мозга?
9. Какое функциональное значение третичных полей коры задних отделов головного мозга?
10. Какие преимущественные функции осуществляют моторная и премоторная лобная кора головного мозга?
11. Какую роль играют префронтальные отделы лобных долей головного мозга?
12. Какие основные синдромы отмечаются при локальном поражении коры больших полушарий головного мозга?
13. Какие особенности проявления отмечаются при:
 - а) предметной агнозии?
 - б) оптико-пространственной агнозии?
 - в) буквенной агнозии?
 - г) симультанной агнозии?
 - д) лицевой агнозии?
 - е) цветовой агнозии?
 - ж) модально-специфическом нарушении внимания?
 - з) оптико-пространственной апраксии?
 - и) оптико-мнестической афазии?
14. В чем особенности проявлений слуховых агнозий при локальном поражении височных отделов головного мозга в зависимости от:
 - а) речевой акустической агнозии?
 - б) слуховой агнозии?
 - в) ритмии?
 - г) амузии?
 - д) интонационной стороны речи?
 - е) акустико-мнестической афазии?
15. Какие модально-специфические нарушения памяти возникают при поражении отделов височной области коры головного мозга?

16. Какие эмоциональные нарушения выявляются при поражении медио-базальных отделов височной коры головного мозга?

17. Как проявляются нарушения сознания при поражении медиальных отделов височной области головного мозга?

18. Приведите виды и дайте характеристику тактильным агнозиям при поражениях теменных отделов головного мозга.

19. Какие особенности проявления афферентной моторной афазии и кинестетической апраксии?

20. Какие синдромы характерны для поражения третичных височно-теменных затылочных отделов коры головного мозга?

21. Какие факторы нарушаются при поражении премоторных отделов коры головного мозга?

22. Дайте характеристику основных нейропсихологических синдромов при локальных поражениях премоторных отделов коры головного мозга.

23. Какими симптомами характеризуется префронтальный конвексигитальный синдром?

24. В чем особенность симптоматики при локализованном поражении базальных префронтальных отделов лобных долей головного мозга?

25. Как проявляются нарушения сознания и памяти при префронтальном медиальном синдроме?

Литература: [1, с. 323–328], [7д, с. 102–128].

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ ПО ПОДГОТОВКЕ КОНТРОЛИРУЕМЫХ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РАБОТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Выполнение контролируемых самостоятельных работ (КСР) по тематике дисциплины проводится в форме подготовки письменной работы с полным раскрытием основных вопросов по темам. Работа должна включать название темы КСР, содержание (вопросы), список использованных источников.

Перечень тем КСР и основные вопросы по ним

Тема № 7 «Основы социопсихосоматики. Сомато- и психогении»

Основные вопросы темы:

1. Социопсихосоматика, определение, спектр возможных изменений психики у больного.
2. Психосоматическая патология: большая и малая психосоматика, характерные черты эмоционального стресса.
3. Психогении – нарушения в соматической сфере.
4. Соматогении – нарушения в психической сфере.
5. Особенности психики пациента в зависимости от течения болезней (острые, хронические).
6. Диагностика и тактика лечения психосоматической патологии.

Тема № 13 «Шизофрения: нарушения мышления, эмоций, мотивов и личности»

Основные вопросы темы:

1. Определение, этиопатогенетические теории шизофрении.
2. Характерные признаки и диагностические критерии шизофрении.
3. Типы шизофрении, их характеристика и отличия.
4. Дифференциальная диагностика (с аффективными расстройствами, непатологическими колебаниями настроения, сомато- и психогениями, наркоманией).
5. Психотерапия больных с шизофренией.

Тема № 14 «Нарушения познавательной сферы при аффективных расстройствах. Депрессивный синдром»

Основные вопросы темы:

1. Определение и классификация синдромов аффективных расстройств.
2. Депрессии – распространенность, этиологические теории.

3. Диагностические критерии депрессии – основные и дополнительные симптомы.
4. Депрессивный эпизод – степени тяжести.
5. Рекуррентные, ларвированные, психотические депрессивные синдромы.

Тема № 19 «Деменции. Нарушения психической деятельности при болезни Альцгеймера»

Основные вопросы темы:

1. Понятие и диагностические критерии деменции, распространенность и причины.
2. Болезнь Альцгеймера – характеристика, эпидемиология, причины.
3. Патопсихологические симптомы БА.
4. Диагностические критерии БА и дифференциальный диагноз.
5. Особенности обследования больных и психологическая поддержка.

Тема № 22 «Негативные патопсихологические синдромы – психические дефекты»

Основные вопросы темы:

1. Психический дефект – понятие, основные варианты выраженных и приобретенных дефектов.
2. Врожденный психический дефект – олигофрения: характеристика форм по степени выраженности (дебильность, имбецильность, идиотия).
3. Приобретенный психический дефект – деменция, ее виды по структуре и глубине поражения (лакунарная, глобарная, парциальная, психический маразм).
4. Степени умственной отсталости – характеристика и оценка (по IQ), критерии и клинические формы легкой степени умственной отсталости по МКБ-10.
5. Характеристика, критерии оценки и клинические формы при средней, тяжелой и глубокой степенях умственной отсталости.

Тема № 26 «Психосексуальные расстройства»

Основные вопросы темы:

1. Психосексуальные расстройства – эпидемиология, этиология, диагностика.
2. Отсутствие или потеря полового влечения, сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения.
3. Недостаточность генитальной реакции (психогенная импотенция) – причины, диагностика, лечение.
4. Аноргазмия, преждевременная эякуляция.

5. Вагинизм и диспарейния – симптоматика, психотерапия.
6. Повышение полового влечения, мастурбация.
7. Общие принципы диагностики и лечения психосексуальных расстройств и дисфункций.

Тема № 27 «Особенности наркотических расстройств в зависимости от вида употребляемых психоактивных веществ»

Основные вопросы темы:

1. Хронический алкоголизм: понятие, стадии, лечение.
2. Патологическое опьянение, варианты.
3. Синдром отмены алкоголя (алкогольный абстинентный синдром: психопатологические нарушения).
4. Состояния отмены алкоголя с судорожными припадками.
5. Алкогольный делирий (алкогольный психоз): характеристика симптоматики, течение.
6. Алкогольный галлюциноз.
7. Алкогольный амнестический синдром.
8. Наркотические синдромы при употреблении опиатов: продукты, аддиктивность, интоксикация, состояние отмены.
9. Препараты каннабиоидов – характер аддиктивности, интоксикации и отмены.
10. Особенности психической и физической зависимости при употреблении седативных и снотворных средств.
11. Аддиктивность, интоксикация и отмена при использовании психостимуляторов (кокаин, амфетамин, кофеин).
12. Особенности интоксикации галлюциногенами (психодизлептики), ингалянтами и никотином.

2. Выполнение КРС по практическим занятиям по дисциплине проводится в форме подготовки развернутой письменной работы по вариантам заданий тем.

Варианты определенного задания выполняются студентами по порядковому номеру в списке группы через каждые 5 номеров (например, 1-й вариант – студенты по номерам журнала: 1, 6, 11, 16, 21, 26 и т.д.).

Тема № 3 « Основы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии»

Варианты задания

1. Психопрофилактика (первичная, вторичная, третичная), цели, направления.

2. Психогигиена, цель, основные направления.
3. Психотерапия – понятие, общие положения и принципы достижения эффективности лечения.
4. Общие методы (индивидуальная, групповая, семейная) и направления (косвенная и директивная) психотерапии.
5. Основные методы прямой психотерапии (рациональная, когнитивно-аналитическая, варианты психоанализа, поведенческая, суггестивная), их характеристики и особенности.

Тема № 5 «Трудовая, военная, медико-педагогическая и судебная психологические экспертизы»

Варианты заданий

1. Виды, общие положения и принципы проведения психологических экспертиз.
2. Трудовая (медико-социальная) психологическая экспертиза – ее виды: профессиональная ориентация (профпригодность и профотбор) и экспертиза нетрудоспособности.
3. Военная и медико-педагогическая психологические экспертизы – особенности и принципы дифференцировки лиц по глубине поражения психической деятельности.
4. Судебно-психологическая экспертиза – задачи, законодательная база, организация и проведение.
5. Виды судебно-психологической экспертизы, характер и задачи.

Тема № 20 «Психоорганические расстройства – сравнительный анализ»

Варианты заданий

1. Сосудистая деменция – общая характеристика, этиология, особенности клинических симптомов, диагностические критерии, дифференциальная диагностика с болезнью Альцгеймера.
2. Клинические варианты сосудистой деменции, характер когнитивных и интеллектуальных расстройств.
3. Деменция при болезни Пика: распространенность, нейроморфология, патопсихологические симптомы по стадиям болезни, диагностические критерии, отличия от болезни Альцгеймера.
4. Деменция при болезни Гентингтона – причины, характеристика патопсихологических и морфофункциональных симптомов, отличия от болезней Альцгеймера и Пика.
5. Деменция при болезни Паркинсона, причины, симптоматическая характеристика, диагностические критерии.

Тема № 23 «Эпилепсия – формы клинических синдромов, нарушения мышления, памяти и личности»

Варианты задания

1. Эпилепсия – понятие о болезни, отличие от эпилептиформных припадков, этиопатогенез, распространенность.
2. Генерализованная идиопатическая эпилепсия, симптоматика, характер и фазы большого судорожного припадка, первая помощь пациентам во время припадка.
3. Абсансные и миоклонические (малые эпилептические) припадки – клинические особенности.
4. Характер простых, сложных и вторично-генерализованных парциальных припадков.
5. Эпилептический статус больших судорожных припадков, специфические изменения личности, амнестический синдром, психотерапия больных.

Тема № 27 «Общие этиопатогенетические механизмы, стадии и патопсихологические формы потребления психоактивных веществ»

Варианты задания

1. Распространенность, этиологические модели и факторы риска (биологические, психологические и социальные) наркотизации и алкоголизма.
2. Стадии употребления и формы потребления психоактивных веществ.
3. Толерантность (физиологическая и измененная), защитные знаки (специфические и неспецифические защитные реакции и их исчезновение), психическая и физическая аддикция к ПАВ.
4. Формы и этапы опьянения (наркотической интоксикации), критерии их диагностики. Большой наркоманический синдром – основные составные синдромы (измененной реактивности, зависимости), диагностические симптомы.
5. Синдром отмены (абстиненции) и последствия хронической интоксикации психоактивными веществами (хронические психозы, психотические, неврологические и соматовегетативные расстройства).

3. Информация для подготовки КРС: материалы лекций, рекомендуемая литература.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.
2. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Мн.: Беларусь, 2001.
3. Зайгарник Т.В. Патопсихология. – М.: Медицина. – 2000.
4. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина. – 1982.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медицина, 2001.
6. Мягков И.Ф., Боков С.Н., Чаева С.И. Медицинская психология: пропедевтический курс: Учеб. для вузов. – М.: Логос, 2002.
7. Шувалов А.В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии. – М.: Сов. спорт, 2001.
8. Блейхер В.М., Коук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Рук. для врачей и клинических психологов. – М., Воронеж, НПО «Модэк», 2002. – 512 с.
9. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. – СПб: Прайм-Еврознак, 2002.
10. Шевляков В.В. Медицинская психология: Учебно-методический комплекс для студентов специальности «Психология». – Мн.: Изд-во МИУ, 2005.
11. Лакосина Н.Д., Сергеев И.М., Панкова О.Ф. Клиническая психология: Учеб. для студентов мед. вузов. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ., 2005. – 416 с.

Дополнительная

1. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова. – М.: Медицина, 1983.
2. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология. – М.: Мир, 1998.
3. Белопольская Н.Л. Патопсихология. Хрестоматия. – М.: Мир, 2000.
4. Бородкин Ю.С., Грекова Т.И. Алкоголизм: причины, следствия, профилактика. – Л.: Наука, 1987.
5. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Пер. с лит. – М.: Акад. Проект, 1999.
6. Клиническая психиатрия / Г. Каплан, Б. Сэдок; Пер. с англ., перераб. и доп.; Гл. ред. Т.Б. Дмитриева. – М.: Гэотар медицина, 1999.
7. Левченко И.Ю. Патопсихология. Теория и практика. – М.: Медицина, 2000.
8. Полянцева О.И. Психология. – Ростов-на Дону: Феникс, 2002.
9. Психотерапия: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2000.

10. Пауков В.С., Живодеров Н.Н. Судебная медицина и судебная психиатрия: Учеб. для вузов. – М.: Гэотар медицина, 2000.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения в клинике: Практ. руководство. – М.: Медицина, 1970.
12. Филипович И.В. Патопсихология: Метод. комплекс. – Мн.: Веды, 2002.
13. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.
14. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. – М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003.
15. Медицинская психология: конспект лекций / Сост. С.Л. Соловьева. – М.: 000АТС; СПб: Сова, 2004.
16. Психосоматические заболевания: Полный справочник / Под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: ЭКСМО, 2003.
17. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987.
18. Психиатрия и наркология: учебник / Под общ. ред. А.А. Кирпиченко – Мн.: Высш. шк., 2005. – 574 с.
19. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова – СПб.: Питер, 2006.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Тема 1. Медицинская психология: предмет и задачи

A1

1. Что из перечисленного не является предметом изучения медицинской психологии:

1. Патопсихологические состояния и процессы
2. Психологические факторы, влияющие на возникновение и протекание болезней
3. Формирование личности в социосфере
4. Личность медицинского работника и система отношений в медицинском учреждении
5. Роль психики в укреплении здоровья

A2

2. Какие задачи решает общая медицинская психология (укажите неверный ответ):

1. Основные закономерности психологии больного человека
2. Психосоматические и соматопсихологические взаимоотношения
3. Влияние психологических факторов, психических процессов и особенностей личности на возникновение и протекание болезни
4. Медико-психологическая экспертиза
5. Медицинская деонтология

A1

3. Какой из перечисленных разделов не входит в структуру медицинской психологии:

1. Соматопсихология
2. Нейропсихология
3. Психопатология
4. Психопрофилактика
5. Психическая реабилитация

A1

4. В понятие общего здоровья человека не входит:

1. Отсутствие болезни
2. Отсутствие физических недостатков
3. Духовное благополучие
4. Экономическое благополучие
5. Социальное благополучие

A1

5. В характеристику понятия «психическое расстройство» по отношению к критериям психического здоровья не включаются:

1. Их сужение
2. Их исчезновение
3. Их извращение
4. Их проявление
5. Их избыточность

A1

6. Набор основных патопсихологических регистр-синдромов включает:

1. 6 синдромов
2. 7 синдромов
3. 8 синдромов
4. 9 синдромов
5. 10 синдромов

A2

7. К экзогенно-органическому регистр-синдрому не относятся варианты поражения головного мозга:

1. Интоксикации при инфекциях
2. Атеросклероз сосудов головного мозга
3. Последствия черепно-мозговых травм
4. Истинная эпилепсия
5. Токсическое поражение отравляющими и наркотическими веществами

Тема 2. Методы исследования в медицинской психологии, их значение в психодиагностике

A1

8. Какие направления диагностики включает лечебно-диагностический блок медицинской психологии:

1. Патопсихологической диагностики
2. Нейропсихологической диагностики
3. Социально-психологической диагностики
4. Соматопсихологической диагностики
5. Все перечисленные

A1

9. Какие методы не используются в патопсихологической диагностике:

1. Беседы с пациентом
- 2 Экспериментально-психологический

3. Метод наблюдения за пациентом
4. Нейропсихологический
5. Анкетирования

A2

10. Какие диагностические задачи решает метод беседы с пациентом (укажите неправильный ответ):

1. Выявление субъективных и объективных болезненных ощущений
2. Установление выраженности и динамики субъективных симптомов
3. Выявление структуры нарушенных психических функций
4. Определение связи субъективных симптомов с жизнедеятельностью
5. Выявление эмоционального реагирования и динамики переживаний пациентом своего заболевания

A2

11. Патопсихологический метод диагностики «беседа с пациентом», является основой (укажите неверный ответ):

1. Предварительной диагностики
2. Тактики последующего обследования
3. Тактики терапии
4. Психокоррекционной работы
5. Целенаправленной психотерапии

A1

12. К адекватным критериям вербальной передачи информации не относятся:

1. Критерий простоты
2. Критерий ясности
3. Критерий уместности
4. Критерий специальной терминологии
5. Критерий, заслуживающий доверия

A1

13. Понятие «эмпатия» включает (укажите неверный ответ):

1. Способность чувствовать эмоциональное состояние пациента
2. Точное восприятие смысловых оттенков внутреннего мира пациента
3. Восприятие объективной симптоматики пациента
4. Чувство сопереживания к пациенту
5. Этические отношения с пациентами

A1

14. К причинам ятрогенических расстройств не относятся:

1. Неосторожное словесное воздействие на пациента
2. Стрессовый социальный фактор
3. Поспешная и необоснованная информация о диагнозе и прогнозе заболевания
4. Неверное толкование пациентом лечебных и диагностических процедур
5. Неправильное хранение меддокументации

A1

15. Экспериментально-психологическое обследование пациентов позволяет получить (отметить неверный ответ):

1. Объективную информацию о состоянии различных психических сфер и личности пациента
2. Выявить характер и глубину поражения психических функций
3. Оценить эффективность лечения
4. Установить этиологию и характер течения расстройства
5. Провести дифференциальную диагностику

A2

16. К функциональным пробам психодиагностики не относятся методики:

1. Классификации предметов
2. Исключения предметов
3. Корректирующей пробы
4. Выделения существенных признаков
5. Цветной пробы Люшара

A3

17. К методикам тестовой диагностики не относятся:

1. Тест Векслера
2. Корректирующей пробы
3. Сравнения предметов и явлений по признакам сходства и различия
4. Классификации предметов и/или явлений
5. Выявления особенностей личности

Тема 3. Основы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии

A1

18. Блок лечебно-реабилитационных мероприятий медицинской психологии не включает мероприятия:

1. Психопрофилактические
2. Психодиагностические

3. Социотерапевтические
4. Психокоррекционные
5. Психотерапевтические

A2

19. В направления психопрофилактики не входят:

1. Предупреждение возникновения нервно-психических расстройств
2. Психокоррекция форм поведения
3. Предупреждение наследственных заболеваний
4. Профилактика эндогенных заболеваний
5. Предупреждение соматогенных заболеваний

A2

20. Первичная психопрофилактика не включает:

1. Охрану будущего поколения
2. Диспансеризацию здорового населения и психокоррекцию в группах риска
3. Профилактику эндогенных заболеваний
4. Профилактику рецидивов и обострений заболевания
5. Профилактику социальных конфликтов

A1

21. Вторичная психопрофилактика направлена на:

1. Раннее выявление заболеваний
2. Раннюю диагностику заболеваний
3. Профилактику инвалидизации
4. Психокоррекцию лиц с соматогениями
5. Применение эффективных методов, способов и средств лечения

A2

22. Третичная психопрофилактика не включает:

1. Профилактику рецидивов и обострений
2. Профилактику потери трудоспособности
3. Профилактику осложнений эндогенных заболеваний
4. Профилактику пограничных психических расстройств
5. Профилактику инвалидизации при хронических заболеваниях

A1

23. Задачами психогигиены не являются:

1. Позитивные и негативные психосоциальные факторы
2. Условия окружающей среды и образа жизни, влияющие на состояние человека

3. Психокоррекция межличностных отношений
4. Регламентация условий окружающей среды и обучения
5. Рекомендации по здоровому образу жизни

A2

24. В направления психогигиены не входят:

1. Психогигиена семьи и семейного воспитания
2. Создание здорового психологического климата в коллективе
3. Предупреждение эндогенных заболеваний
4. Оптимизация режима лечебных учреждений
5. Предупреждение экзогенных заболеваний

A1

25. Предмет изучения психотерапии включает:

1. Межличностные отношения в коллективе
2. Диагностику пограничных психических состояний
3. Этиологию психических расстройств
4. Лечебное воздействие на психику и на организм человека
5. Предупреждение эндогенных заболеваний

A1

26. Принципами эффективности психотерапии не являются:

1. Снятие отрицательных эмоций
2. Познавательное обучение пациентов
3. Ликвидация психоэмоциональных стрессовых факторов
4. Отработка более рациональных форм поведения
5. Укрепление у пациентов веры и оптимизма в отношении болезни

A2

27. В формы психотерапии не включаются:

1. Директивная психотерапия
2. Индивидуальная психотерапия
3. Семейная психотерапия
4. Групповая психотерапия
5. Социально-средовая психотерапия

A1

28. Косвенная психотерапия характеризуется воздействием (отметьте неправильный ответ):

1. Обстановки лечебного учреждения
2. Охранительным режимом

3. Поведением медперсонала
4. Профессионализмом медперсонала
5. Поведенческой тренировкой

A1

29. Директивная психотерапия включает методики, за исключением (укажите):

1. Рациональной
2. Когнитивно-аналитической
3. Психоанализа
4. Поддерживающей
5. Социально-средовой

A2

30. В задачи рациональной психотерапии не включают:

1. Разъяснение пациенту сути болезни
2. Изменение у пациента патологической оценки своего болезненного состояния
3. Решение бессознательного психологического конфликта у пациента
4. Снижение уровня тревоги и страха
5. Повышение оптимизма в отношении прогноза заболевания

A2

31. Суггестивно-гипнотическая психотерапия не включает в себя методики:

1. Внушения в состоянии бодрствования
2. Групповой психотерапии в состоянии гипноза
3. Гипнокатарсиса
4. Сочетания гипноза с электросном
5. Индивидуального внушения

A5

32. Какое из утверждений неверно в отношении поведенческой психотерапии:

1. Пациент – активный участник психотерапевтического процесса
2. Пациент – пассивный участник психотерапевтического процесса
3. Психотерапевт руководствуется при лечении целями пациента
4. Психотерапевт приучает пациента адаптироваться к травмирующей ситуации
5. Психотерапевт и пациент образуют рабочий альянс

A1

33. Рациональная психотерапия не использует:

1. Убеждение
2. Когнитивное переструктурирование
3. Репрезентацию проблемы
4. Разъяснение
5. Внушение

A5

34. Рациональная психотерапия в большей мере является частью:

1. Экзистенциальной психотерапии
2. Психодиагностической психотерапии
3. Системной психотерапии
4. Когнитивной психотерапии
5. Психоаналитической психотерапии

A4

35. Гипнотерапия может быть затруднена при следующей патологии:

1. Ипохондрии
2. Соматизированной депрессии
3. Неврастении
4. Соматоформной вегетативной дисфункции
5. Тревожных расстройств

A5

36. На каком принципе основана систематическая десенситизация:

1. Позитивного подкрепления
2. Негативного подкрепления
3. Наказания
4. Угашения
5. Внушения

A4

37. Метод систематической десенситивности состоит в:

1. Детальном исследовании индивидуальной системы триггеров страха
2. Дозированном предъявлении вызывающих страх стимулов в ходе лечения фобий
3. Систематическом использовании определенной последовательности психотерапевтических техник
4. Системе приемов переубеждения
5. Способах суггестивного влияния

A4

38. Что из перечисленного не входит в число техник поведенческой психотерапии:

1. Систематическая десенситизация
2. Перекрестная трансакция
3. Моделирование и обучение релаксации
4. Мышечная релаксация и адаптация к страхформирующей ситуации
5. Поведенческое научение

A5

39. В метод систематической десенситизации входят:

1. Исследование конфликта и суггестия
2. Воображение сцен и обучение релаксации
3. Обучение релаксации и гипнотизация
4. Исследование конфликта и техника наводнения
5. Самоанализ и ориентация на адекватную самооценку

A3

40. В какой психотерапевтической методике эффективно используется техника релаксации с постепенным усилением в воображении страха публичных выступлений:

1. Наводнения
2. Систематической десенситизации
3. Аутогенной тренировки
4. Внушения
5. Экспрессивная психотерапии

Тема 4. Медико-психологическая помощь, формы организации работы медицинского психолога

A2

41. В развитии медико-психологической помощи населению важную роль играют следующие предпосылки (укажите неправильный ответ):

1. Высокая распространенность психических и поведенческих расстройств
2. Недостаточное развитие психиатрической службы
3. Экономические потери, связанные с психопатологией
4. Сложность диагностики непсихотических психических расстройств клинико-лабораторными методами
5. Значительное количество лиц с психологическими проблемами

A2

42. В основные аспекты деятельности медицинского психолога не входят:

1. Восстановление эмоционального равновесия пациентов
2. Помощь пациенту обрести адекватное отношение к своей болезни
3. Способствовать восстановлению у пациента душевной ясности
4. Диагностика структуры нарушения психических функций
5. Психотерапия больных с клиническими формами психических расстройств

A2

43. Какие задачи решает медицинский психолог (укажите неправильный ответ):

1. Психокоррекционная работа с больными в доклинической стадии психических расстройств
2. Оценка эффективности лечения и качества ремиссии у пациентов
3. Решение вопросов по нозологической диагностике психических расстройств
4. Решение вопросов медико-психологических экспертиз
5. Медико-психологическое консультирование здоровых лиц

A3

44. К основным формам медико-психологической помощи не относят:

1. Консультативно-психологические кабинеты
2. Кабинеты психологической релаксации
3. Психоневрологические диспансеры
4. Психологические клубы «бывших пациентов»
5. Психотерапевтические отделения в структуре специализированных и многопрофильных больниц

A1

45. Нормативом открытия психотерапевтических (медико-психологических) кабинетов является 1 кабинет на:

1. 25 тыс. населения
2. 35 тыс. населения
3. 50 тыс. населения
4. 75 тыс. населения
5. 100 тыс. населения

A1

46. Нормативом открытия психотерапевтических (медико-психологических) кабинетов в многопрофильных и специализированных клиниках является 1 кабинет на:

1. 100 коек
2. 200 коек
3. 300 коек
4. 500 коек
5. 1000 коек

A2

47. К задачам медико-психологических (психотерапевтических) кабинетов в территориальных поликлиниках не относятся:

1. Консультативная помощь пациентам по обращаемости
2. Отбор больных для психокоррекционной работы
3. Психотерапия больных с психическими расстройствами
4. Психопрофилактика соматогенических расстройств
5. Психокоррекция пациентов с психосоматическими нарушениями

A2

48. Задачами кабинетов социально-психологической помощи населению являются:

1. Диагностика нервно-психических и психосоматических расстройств
2. Первичная и вторичная профилактика суицидальных тенденций и суицидов у лиц с кризисной социально-психологической ситуацией
3. Дифференциальная диагностика типичных и атипичных форм патопсихологических синдромов
4. Психотерапия лиц с неврозами и другими психическими и психосоматическими нарушениями
5. Медико-психологическая экспертиза трудоспособности пациентов

A2

49. К основным деонтологическим задачам медработника (медпсихолога) не относятся:

1. Назначение требуемых и адекватных психофармакологических препаратов
2. Установление доверительного психологического контакта с пациентом
3. Патопсихологическая диагностика
4. Квалифицированно передать пациенту негативную информацию
5. Вселить в пациента оптимизм в прогнозе болезни

A2

50. К этическим принципам общения медработника с больным относятся (укажите неверный ответ):

1. Уважение к личности пациента
2. Принимать пациента и его проблемы такими, какие они есть
- 3 Терпимость и отсутствие проявлений неприятия пациента
4. Проявлять авторитарность в отношении к диагностико-терапевтических мероприятий
5. Проявлять чувство заинтересованности и согласия во всем

A1

51. В этико-деонтологической тактике общения с больными детьми используют (укажите неверный ответ):

1. Эмоционально теплое отношение
2. Объяснение сути и прогноза болезни
3. Отвлечение от болезни
4. Организация мер по отвлечению от болезни
5. Проведение процедур с уговорами

A2

52. В этико-деонтологической тактике отношений медработника с пациентами следует учитывать (укажите неправильный ответ):

1. Нозологическую форму болезни
2. Возраст пациента
3. Тип темперамента пациента
4. Тяжесть болезни
5. Особенности характера пациента

Тема 5. Трудовая, военная, медико-педагогическая и судебная психологические экспертизы

A1

53. Медико-психологическая экспертиза включает следующие виды:

1. Медико-криминалистическая
2. Военно-психологическая
3. Медицинский профотбор
4. Профессиональная ориентация
5. Судебно-психологическая

A2

54. К основным положениям психологических экспертиз не относятся:

1. Получение объективного патопсихологического диагноза

2. Оценка эффективности лечения
3. Установление прогноза течения болезни
4. Соблюдение личностных интересов (прав) пациента
5. Установление степени выраженности расстройства

A1

55. К общим принципам проведения психологической экспертизы не относятся:

1. Целенаправленность
2. Объективность
3. Полнота и компетентность
4. Своевременность
5. Преемственность и синхронность

A1

56. Трудовая психологическая экспертиза включает следующие направления, за исключением (отметьте):

1. Профессиональную пригодность
2. Медицинский профотбор
3. Экспертизу временной нетрудоспособности
4. Профессиональную адаптацию
5. Профессиональную ориентацию

A1

57. В систему профессиональной пригодности входят следующие подсистемы, за исключением (отметьте):

1. Патопсихологическая диагностика
2. Профорентация
3. Профотбор
4. Профподготовка
5. Профадаптация

A3

58. В психологическую составляющую профпригодности входят следующие (укажите неправильный ответ):

1. Потребность в приобретении профессии
2. Мотивация и притязания
3. Навыки и знания
4. Тип темперамента
- 5 Особенности характера

A2

59. Задачами психологической экспертизы нетрудоспособности не являются:

1. Установление патопсихологического диагноза
2. Выявление глубины психических нарушений
3. Определение прогноза заболевания
4. Выявление сохранных элементов психики
5. Определение степени утраты трудоспособности

A1

60. Какие в зависимости от глубины нарушения психической деятельности устанавливаются категории годности к военной службе при проведении военной психологической экспертизы (укажите неправильный ответ):

1. Годен к военной службе
2. Условно годен
3. Ограниченно годен
4. Временно не годен
5. Не годен

A2

61. По каким категориям граждан определяется годность к военной службе (укажите неправильный ответ):

1. Лица, при первоначальной постановке на воинский учет
2. Лица, проходящие военную службу по призыву
3. Лица, проходящие военную службу по контракту
4. Лица, обслуживающие на профессиональной основе военные объекты
5. Лица, призывающиеся на воинскую службу

A5

62. При проведении военной психологической экспертизы у призывника установлено психическое расстройство со стойкими выраженными интеллектуально-мнестическими проявлениями, в какую категорию годности к военной службе его следует отнести:

1. Годен к военной службе
2. Годен с незначительными ограничениями
3. Ограниченно годен
4. Временно не годен
5. Не годен

A5

63. При проведении военной психологической экспертизы у военнослужащего срочной службы (по призыву) установлены, как следствие черепно-мозговой травмы остаточные симптомы стойкого астенического синдрома (церебрастении). В какую категорию годности к военной службе следует отнести данного пациента:

1. Годен к военной службе
2. Годен с незначительными ограничениями
3. Ограниченно годен
4. Временно не годен
5. Не годен

A1

64. Производство судебно-психологической экспертизы включает следующие виды, за исключением (указать):

1. Экспертиза в кабинете следователя
2. Экспертиза подозреваемого в органах дознания
3. Стационарная экспертиза
4. Амбулаторная экспертиза
5. Заочная экспертиза

A1

65. Судебно-психологическая экспертиза проводится по постановлению (указать неверный ответ):

1. Следователя
2. Органа дознания
3. Органа защиты
4. Прокуратуры
5. Суда

A2

66. В задачи судебно-психологической экспертизы в условиях кабинета следователя не входят:

1. Установление психического состояния подследственного
2. Определение необходимости проведения амбулаторной или стационарной экспертизы
3. Установление возможности проведения с подследственным следственных действий
4. Определение дееспособности лиц
5. Установление нуждаемости пациента в более углубленной психологической экспертизе

A2

67. Задачами амбулаторной судебно-психологической экспертизы являются следующие, за исключением (укажите):

1. Установление вменяемости подсудственного
2. Определение дееспособности лиц
3. Определение необходимости проведения стационарной экспертизы
4. Определение психического состояния свидетелей и потерпевших
5. Определение срока и условий принудительного лечения

A2

68. Задачами судебно-психологической экспертизы в судебном заседании являются следующие, за исключением (отметить):

1. Установление дееспособности лиц
2. Определение психического состояния подсудимого
3. Определение адекватности психического состояния свидетелей и потерпевших
4. Определение рекомендаций по принудительному лечению невменяемых подсудимых
5. Определение необходимости дополнительного стационарного обследования

Тема 6. Психологические закономерности в диагностике, лечении и профилактике заболеваний

A1

69. Во внешнюю картину болезни включаются следующие клинические данные (отметьте неправильный ответ):

1. Жалобы больного
2. Аускультативного обследования
3. Пальпации больного
4. Ультразвукового обследования
5. Кардиографического обследования

A2

70. В сенситивный уровень внутренней картины болезни входят следующие субъективные ощущения (жалобы) больного (укажите неверный ответ):

1. Боль
2. Повышенное артериальное давление
3. Зуд кожи
4. Головокружение
5. Повышенная чувствительность кожи

A3

71. Эмоциональный уровень ВКБ у больных зависит от следующих факторов (укажите неправильный ответ):

1. Остроты болезни
2. Характера субъективных ощущений
3. Длительности болезни
4. Полноты диагностического процесса
5. Тяжести болезни

A3

72. Эмоциональный уровень ВКБ у пациентов в основном составляют следующие проявления (укажите неверный ответ):

1. Эйфория
2. Тревога
3. Беспокойство
4. Тоска
5. Снижение настроения

A2

73. Интеллектуальный уровень ВКБ включает следующие представления пациента (укажите неправильный ответ):

1. Знание о причинах болезни
2. Понятие о патогенезе болезни
3. Понятие о тяжести болезни
4. Знание о течении болезни
5. Понятие о последствии болезни

A3

74. Интеллектуальный уровень ВКБ у пациентов зависит от следующих условий, за исключением (укажите):

1. Культурного уровня пациента
2. Типа темперамента пациента
3. Интеллекта пациента
4. Продолжительности болезни
5. Образованности пациента

A2

75. К типам неадекватного отношения пациентов к болезни относятся указанные, за исключением:

1. Утилитарное
2. Ипохондрическое

3. Меланхолическое
4. Пренебрежительное
5. Отрицательное

A2

76. Отрицательное неадекватное отношение пациента к болезни проявляется (укажите неверный ответ):

1. Низким интеллектуальным уровнем
2. Игнорированием лечебных рекомендаций
3. Недооценкой факторов риска
4. Несоблюдением предписаний врача
5. Неосознанием факта болезни

A3

77. Ипохондрическое отношение к болезни проявляется (укажите неверный ответ):

1. Чрезмерным вниманием к своему здоровью
2. Симуляцией несуществующей болезни
3. Фиксацией на болезненных ощущениях
4. Требованием дополнительной диагностики
5. Упорством в получении стационарного лечения

A3

78. Формами несотрудничества пациентов с неадекватным отношением к болезни являются следующие, кроме (укажите):

1. Отказ от приема лекарственных препаратов
2. Невыполнение физиопроцедур
3. Отказ от вредных привычек
4. Нарушение предписаний врача
5. Несоблюдение режима питания

A3

79. Отличием больных с синдромом Мюнхаузена от пациентов с утилитарным отношением к болезни является:

1. Субъективное придание болезни острого характера
2. Преднамеренное предъявление жалоб
3. Симуляция соматического заболевания
4. Некритическое отношение к болезни
5. Имитация симптомов тяжелого характера течения болезни

Тема 7. Основы социопсихосоматики. Сомато- и психогении

A4

80. Социопсихосоматика как раздел медицинской психологии изучает:

1. Формирование социально-психологических факторов
2. Закономерности развития и механизмы психоэмоционального стресса
3. Влияние социально-психологических факторов на возникновение соматических нарушений
4. Патогенез психических расстройств
5. Подходы и методы профилактики стрессовых факторов

A4

81. Спектр возможных изменений психики у человека на неблагоприятные социально-экономические факторы включает (укажите неверный ответ):

1. Тревожность
2. Депрессию
3. Агрессию
4. Перестройку всей личности
5. Психопатизацию

A3

82. К большой психосоматике относят все перечисленное, за исключением (укажите):

1. Язвенная болезнь желудка
2. Гипертензия
3. Онкологические заболевания
4. Нейродермит
5. Неспецифический хронический полиартрит

A3

83. К малой психосоматике относят следующие расстройства (укажите неверный ответ):

1. Неврозы
2. Психопатии
3. Реактивные психозы
4. Психастении
5. Неврозоподобные состояния

A3

84. Характерными чертами хронического психоэмоционального стресса являются (укажите неверный ответ):

1. Продолжительная усталость
2. Апатия
3. Психомоторное возбуждение
4. Бессонница
5. Депрессия

A2

85. Под влиянием психогенных факторов возникают следующие наиболее характерные нарушения в соматической сфере (укажите неверный ответ):

1. Расстройства психики
2. Расстройства желудочно-кишечного тракта
3. Одышка и пароксизмальный кашель
4. Повышение артериального давления
5. Фригидность и импотенция

A3

86. Соматогении – это психические нарушения, вызванные (укажите неверный ответ):

1. Инфекционными заболеваниями
2. Интоксикацией психоактивными веществами
3. Болезнями внутренних органов
4. Интоксикацией продуктами распадающих тканей
5. Тиреотоксикозом

A3

87. Неблагоприятными факторами, способствующими возникновению соматических расстройств, могут быть (укажите неверный ответ):

1. Социальное нарушение
2. Сам стрессор
3. Патохарактерологические реакции
4. Длительное эмоционально-психическое напряжение
5. Сам индивид

A4

88. Соматические заболевания в большинстве вызывают следующие нервно-психические расстройства (укажите неверный ответ):

1. Астенический синдром
2. Тревожные расстройства

3. Системные невроты
4. Депрессивные расстройства
5. Фобические расстройства

A5

89. Основными психосоматическими нарушениями в раннем детском возрасте являются (укажите неверный ответ):

1. Младенческая колика
2. Недостаточная прибавка в весе
3. Запор
4. Лихорадка неясного происхождения
5. Анурез

A5

90. Психика больного наиболее травмируется на следующих этапах хирургического лечения (укажите неправильный ответ):

1. На дополиклиническом этапе
2. На поликлиническом этапе
3. При направлении в стационар
4. В хирургическом стационаре
5. В операционной

A4

91. Наиболее типичной предоперационной психологической реакцией больного является:

1. Депрессия
2. Стресс
3. Тревога
4. Фобия
5. Истерия

A3

92. Характерными диагностическими признаками соматогений являются следующие, за исключением (укажите):

1. Наличие соматической патологии
2. Взаимосвязь по времени между соматическими и психическими нарушениями
3. Отсутствие критического отношения к соматогениям
4. Определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств
5. Психогенная реакция связана с возможными опасными последствиями для жизни

A4

93. К наиболее характерным нарушениям психики при соматогениях относятся следующие синдромы, за исключением (укажите):

1. Астенический
2. Тревожный
3. Бредовый
4. Органический
5. Маниакальный

Тема 8. Основные положения методологии диагностического процесса в патопсихологии и психопатологии

A3

94. Патопсихология изучает следующее, за исключением (укажите):

1. Структуру нарушений познавательных процессов
2. Закономерности распада психических процессов в сопоставлении с нормой
3. Закономерности механизмов нарушений высших психических функций
4. Защитные приспособительные механизмы при психических расстройствах
5. Особенности личности в связи с психическими расстройствами

A4

95. Какое понятие не является общим, объединяющим патопсихологию и психопатологию:

1. Выявление характерных признаков нарушений психической сферы
2. Установление синдрома психического расстройства
3. Установление патогенеза психического расстройства
4. Определение тяжести течения психического расстройства
5. Установление диагноза психического расстройства

A3

96. Психодиагностика включает в себя процессы (укажите неправильный ответ):

1. Оценка этиологических факторов
2. Познание феномена болезни у пациента
3. Оценка индивидуальных социальных особенностей пациентов
4. Оценка биологических особенностей пациента
5. Оценка психических особенностей пациента

А3

97. Укажите, какие принципы диагностического процесса неверны:

1. Одновременность
2. Направленность от частного к общему
3. Причинно-следственность отношений
4. Направленность от внешнего к внутреннему
5. Направленность от случайного к сущностному

А3

98. Задачами первого этапа психодиагностики является (укажите неверный ответ):

1. Подробное описание признаков расстройства
2. Выявление скрытых признаков болезни
3. Выделение характерных признаков болезни
4. Определение качественных сторон признаков болезни
5. Типирование признаков психологического расстройства

А3

99. Задачами второго этапа психодиагностики являются (укажите неверный ответ):

1. Выявление диагностического значения признаков в связи с патологией
2. Выявление скрытых признаков болезни
3. Терминологическое типирование патологического признака
4. Описание закономерного сочетания симптомов
5. Изучение динамики возникновения синдромов

А3

100. К негативным патопсихологическим симптомам относятся перечисленные, за исключением (укажите):

1. Психомоторное возбуждение
2. Гипомнезия
3. Гипобулия
4. Апатия
5. Агнозия

А3

101. К позитивным патопсихологическим симптомам относятся перечисленные, за исключением (укажите):

1. Бред
2. Эйфория
3. Галлюцинации
4. Афазия
5. Тревога

A4

102. Обязательные симптомы характеризуют (укажите неверный ответ):

1. Основной патогенетический механизм болезни
2. Степень тяжести болезни
3. Принадлежность патопсихологического синдрома к определенной группе
4. Типичный вариант синдрома
5. Дифференцировку конкретного синдрома от схожих

A3

103. Дополнительные симптомы характеризуют (укажите верный ответ):

1. Типичный вариант синдрома
2. Степень выраженности патологического процесса
3. Патологический механизм расстройств
4. Атипичный вариант синдрома
5. Принадлежность патопсихологического синдрома к конкретной группе

A3

104. Факультативные симптомы характеризуют:

1. Степень выраженности синдрома
2. Степень тяжести болезни
3. Принадлежность патопсихологического синдрома к конкретной группе
4. Патогенетическую обусловленность синдрома
5. Атипичный вариант синдрома

A4

105. На третьем этапе диагностического процесса используют следующие подходы (укажите неверный ответ):

1. Синдромокинеза
2. Семиотики
3. Синдромотаксиса
4. Типологический
5. Синдромологии

A3

106. К видам эндогенных болезней относят следующие (укажите неверный ответ):

1. Шизофрению
2. Депрессивный синдром

3. Болезнь Альцгеймера
4. Реактивный психоз
5. Психопатии

A3

107. К экзогенным видам психических расстройств относят следующие (укажите неверный ответ):

1. Органическая психопатия
2. Сосудистая деменция
3. Шизофрения
4. Алкогольный делирий
5. Посткоммоционный синдром

A4

108. К психогенным видам психических расстройств относят следующие (укажите неверный ответ):

1. Патохарактерологические развития
2. Социальные фобии
3. Обсессивно-компульсивное расстройство
4. Психопатии
5. Расстройство адаптации

A4

109. Регрессиентное течение болезни характеризуется:

1. Стойкостью патопсихологической симптоматики
2. Неуклонным усложнением симптоматики
3. Фазностью возникновения и исчезновения патопсихологической симптоматики
4. Стабилизацией с резидуальной симптоматикой
5. Сочетанием приступов болезни с ремиссиями

A4

110. Прогрессиентное течение психического расстройства характеризуется:

1. Усилением резидуальной симптоматики
2. Неуклонным утяжелением симптоматики
3. Фазным возникновением и исчезновением симптоматики
4. Сочетанием приступов болезни с ремиссиями
5. Шубообразным обратимым приступом болезни

A4

111. Рекуррентное течение психического расстройства характеризуется:

1. Сочетанием приступов болезни с ремиссиями
2. Фазным возникновением и исчезновением симптоматики
3. Неуклонным усложнением продуктивной симптоматики
4. Стабилизацией с резидуальной симптоматикой
5. Полным восстановлением психического здоровья

A3

112. Критериями психотических расстройств являются (укажите неверный ответ):

1. Неадекватность психических реакций реальности по содержанию
2. Формирование бреда
3. Формирование паранойяльных галлюцинаций
4. Критичность
5. Исчезновение способности руководить своими действиями

A4

113. К позитивным синдромам непсихотических расстройств не относят:

1. Эмоционально-гиперестетические
2. Гипоманиакальные
3. Неврастении
4. Навязчивости
5. Кататонический

A4

114. К позитивным синдромам психотических расстройств не относят:

1. Кататонический
2. Онейроидный
3. Делирий
4. Депрессивный
5. Паранойяльный галлюциноз

Тема 9. Патопсихологические симптомы и синдромы нарушения сознания

A4

115. К общим признакам расстройств сознания относятся перечисленные, за исключением (указать):

1. Психомоторное возбуждение
2. Отрешение от действительности

3. Аллопсихическая дезориентировка
4. Нарушения памяти
5. Нарушения ассоциативного процесса

A3

116. К параксизмальным синдромам нарушения сознания не относятся (укажите):

1. Абсанс
2. Транс
3. Оглушение
4. Сумеречное состояние
5. Фуга

A4

117. Непараксизмальные выключения сознания включают следующие синдромы (укажите неверный ответ):

1. Сопор
2. Онейроид
3. Обнубиляция
4. Сомнолентность
5. Оглушение

A4

118. Непараксизмальные помрачения сознания включают следующие синдромы (укажите неверный ответ):

1. Делирий
2. Онейроид
3. Аменция
4. Галлюцинаторный
5. Обнубиляция

A4

119. Синдром делириозного помрачения сознания включает следующие симптомы (укажите неверный ответ):

1. Аллопсихическая дезориентировка
2. Зрительные галлюцинации
3. Чувственный бред
4. Аутопсихическая дезориентировка
5. Психомоторное возбуждение

A4

120. Ведущими симптомами онейроидного помрачения сознания являются (укажите неверный ответ):

1. Аллопсихическая дезориентировка
2. Зрительные псевдогаллюцинации
3. Ретроградная амнезия
4. Кататоническое возбуждение
5. Чувственный бред

A4

121. Аментивное помрачение сознания характеризуется следующими ведущими симптомами (укажите неверный ответ):

1. Тотальная аллопсихическая дезориентировка
2. Сосредоточенность активного внимания
3. Психомоторное бесцельное возбуждение
4. Инкогеренция
5. Полная конградная амнезия

A3

122. Оглушение характеризуется следующими симптомами (укажите неверный ответ):

1. Избирательное восприятие
2. Уплощенное мышление
3. Зрительные галлюцинации
4. Аллопсихическая дезориентировка фрагментарного характера
5. Лигофразия

A3

123. При сопоре отмечаются следующие симптомы (укажите неверный ответ):

1. Исчезновение рационального отражения
2. Исчезновение условно рефлекторной деятельности
3. Прострация
4. Исчезновение восприятия
5. Исчезновение дистантной экстероцепции

A3

124. Для сумеречного помрачения сознания характерны (укажите неверный ответ):

1. Полное отсутствие чувственного отражения
2. Глубокая аутопсихическая дезориентировка

3. Аффективное напряжение
4. Галлюцинации
5. Импульсивное психомоторное возбуждение

А3

125. Сумеречному помрачению сознания с автоматизмами соответствуют следующие формы (укажите неверный ответ):

1. Фуга
2. Сомнамбулизм
3. Абсанс
4. Транс
5. Амбулаторные автоматизмы

А3

126. Абсанс характеризуется следующими проявлениями:

1. Аурой
2. Кратковременными выключениями сознания
3. Тоническими судорогами
4. Постприпадочными состояниями
5. Падением больного

Тема 10. Патопсихологические симптомы и синдромы нарушения чувственного познания

А3

127. К вариантам психической патологии ощущения относятся следующие, за исключением (укажите):

1. Гипотимия
2. Гиперестезия
3. Анестезия
4. Глухота
5. Амблиопия

А5

128. Психическая гиперестезия характерна для следующих патопсихологических синдромов (укажите неверный ответ):

1. Делирий
2. Острый параноид
3. Онейроид
4. Истери
5. Интоксикация опиатами

A5

129. Психическая гипостезия наиболее часто встречается в структуре следующих синдромов (укажите неправильный ответ):

1. Депрессивный
2. Сумеречный
3. Онейроид
4. Истерический
5. Делирий

A4

130. Для сенестопатии характерны следующие проявления, за исключением (укажите):

1. Диффузность ощущений
2. Тягостность ощущений
3. Проекция ощущений внутрь тела
4. Локализованность ощущений
5. Беспредметность ощущений

A4

131. К вариантам патологии восприятия относят следующие, за исключением (укажите):

1. Аффективные иллюзии
2. Дерезализация
3. Парейдолии
4. Галлюцинации
5. Деперсонализация

A3

132. Психосенсорные расстройства характеризуются следующими критериями, за исключением (укажите):

1. Искажённым восприятием объекта
2. Нарушением идентификации реального образа
3. Критическим отношением к искажению признаков объекта
4. Возможностью купирования симптомов использованием дополнительных анализаторов
5. Крайней субъективной неприятностью симптомов

A3

133. По искажённому восприятию отдельных характеристик объекта возможны изменения (укажите неверный ответ):

1. Структуры
2. Величины

3. Формы
4. Течения времени
5. Пространственных параметров

A3

134. Деперсонализация может проявляться (укажите неверный ответ):

1. Восприятием раздвоения личности
2. Ощущением увеличения головы
3. Агнозией
4. Ощущением ускорения времени
5. Ощущением лишних конечностей

A3

135. Иллюзии характеризуются следующими критериями, за исключением (укажите):

1. Извращенным восприятием реального объекта
2. Сохранением идентификации ошибочно воспринимаемого реального объекта
3. Критическим отношением к искаженному образу
4. Возникают вне зависимости от воли больного
5. Возможностью купирования симптома при использовании дополнительных анализаторов

A4

136. Для парейдолий характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Извращенное зрительное восприятие реального объекта
2. Нарушение идентификации извращенного образа
3. Независимость от аффекта больного
4. Критическим отношением к иллюзии
5. Волевым усилием могут быть прекращены

A3

137. Для галлюцинаций характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Возникновение представлений без реального объекта
2. Критическое отношение к галлюцинации
3. Возникновение помимо воли больного
4. Возможность проверки мнимости восприятия
5. Проекция образов во вне или внутрь тела

A3

138. Истинные галлюцинации характеризуются (укажите неверный ответ):

1. Возникновением представлений без реального объекта
2. Проекцией галлюцинаторных образов в реальном пространстве
3. Течение острое
4. Галлюцинаторные образы нереальные
5. Возникновение в основном в вечерне-ночное время

A3

139. Псевдогаллюцинации характеризуются (укажите неверный ответ):

1. Проекцией галлюцинаторных образов внутрь тела
2. Галлюцинаторные образы четкие с уверенностью в их реальности
3. Возникновением представлений без реальных объектов
4. Течение хроническое
5. Суточные колебания отсутствуют

A4

140. При слуховых галлюцинациях больной может слышать (укажите неверный ответ):

1. Вместо реальной речи речь иного содержания
2. Речь persecutorного характера
3. Речь императивного характера
4. Речь характера советов
5. Речь, раздающуюся из-под подушки

A4

141. Галлюцинации по условиям возникновения могут быть (укажите неправильный ответ):

1. Гипногигические
2. Постгипнотические
3. Гипнопомпические
4. В ответ на реальную речь
5. Психогенные

A3

142. Психические гиперестезии проявляются (укажите неверный ответ):

1. Глухотой обычных звуков
2. Интенсивностью привычного света
3. Эмоциональным дискомфортом
4. Болезненностью прикосновений
5. Невыносимостью духов

A3

143. Психическая гипостезия проявляется (укажите неверный ответ):

1. Болезненностью прикосновений
2. Блеклостью красок
3. Глухотой звуков
4. Слабым запахом духов
5. Нивелировкой голосов

A4

144. Психическая анестезия проявляется (укажите неверный вариант):

1. Аносмией (нечувствительность к запахам)
2. Цветовой агнозией (цветовая слепота)
3. Глухотой
4. Агеизией (утрата вкуса)
5. Аналгезией

Тема 11. Патопсихологические симптомы и синдромы рационального познания

A4

145. Для навязчивых идей характерны следующие критерии (укажите неверный ответ):

1. Непроизвольно возникающие мысли
2. Чуждость и неадекватность мыслей
3. Независимость возникновения от воли больного
4. Некритичность оценки возникающих мыслей
5. Душевный дискомфорт

A3

146. По механизмам возникновения различают следующие навязчивости, за исключением (укажите):

1. Аутохтонные
2. Ритуальные
3. Ситуационные
4. Аффективные
5. Идеаторные

A3

147. К идеаторным навязчивостям по содержанию относят следующие категории, за исключением (укажите):

1. Контрастные мысли

2. Навязчивые влечения
3. Навязчивые сомнения
4. Абстрактные навязчивые мысли
5. Навязчивые воспоминания

A3

148. По содержанию навязчивые мысли, сочетающиеся со страхом, подразделяются на следующие, за исключением (укажите):

1. Аблютомания
2. Страх пространства
3. Социофобии
4. Нозофобии
5. Прочие навязчивые страхи

A4

149. Для сверхценных идей характерны следующие критерии, за исключением (укажите):

1. Возможна временная коррекция извне
2. Появление убеждений, базирующихся на реальных событиях и/или фактах
3. Воспринимаются личностью как нечто чуждое
4. Сопровождаются эмоциональным зарядом
5. Отсутствие критического отношения

A4

150. Сверхценные идеи, связанные с переоценкой биологических свойств своей личности, имеют следующие варианты, за исключением (укажите):

1. Дисторфофобические
2. Эротические
3. Ипохондрические
4. Сексуальной неполноценности
5. Самосовершенствования

A4

151. Сверхценные идеи, связанные с переоценкой психологических свойств личности или ее творчества, имеют следующие варианты (укажите неверный ответ):

1. Талантливости
2. Значимости изобретений
3. Коренного изменения политической системы
4. Реформаторства
5. Суetsyжничества

A4

152. Сверхценные идеи, связанные с переоценкой социальных факторов, имеют следующие варианты, за исключением (укажите):

1. Реформаторства
2. Суtäжничества
3. Эротические
4. Борьбы с общественными недостатками
5. Виновности

A4

153. Сверхценные идеи встречаются в структуре следующих психологических синдромов, за исключением (укажите):

1. Патохарактерологического развития личности
2. Психопатического
3. Маниакального
4. Психоорганического
5. Хронических бредовых

A4

154. Бредовые идеи характеризуются следующими критериями (укажите неверный ответ):

1. Возникновение суждений и умозаключений, базирующихся на реальных событиях и/или фактах
2. Нарушение адаптации больного в биологической и социальной сфере
3. Не поддаются коррекции
4. Отсутствие критического отношения
5. Воспринимаются как составной элемент своего мировоззрения

A4

155. Бредовые идеи отличаются от сверхценных по следующему критерию (укажите):

1. Нарушение социальной и биологической адаптации
2. Отсутствие критического отношения
3. Формирование независимо от воли
4. Возникновение убеждения ложного содержания
5. Убеждения воспринимаются как составной элемент своего мировоззрения

A3

156. Систематизированный бред отличается от несистематизированного по следующему критерию:

1. Отсутствием критического отношения

2. Возникновением убеждений ложного содержания
3. Формированием независимо от воли
4. Логичностью непоколебимых суждений
5. Нарушением социальной и биологической адаптации

A3

157. Несистематизированный бред отличается от систематизированного следующим критерием:

1. Отсутствием критического отношения
2. Возникновением убеждений ложного содержания
3. Возникновением безотлагательных нелогичных умозаключений
4. Формированием независимо от воли
5. Нарушением социальной и биологической адаптации

A4

158. По содержанию различают следующие основные формы бреда (укажите неверный ответ):

1. С пониженной самооценкой
2. Персекуторный
3. Архаический
4. Кверулянтства
5. С повышенной самооценкой

A4

159. Бред с утверждениями пониженной самооценки включает следующие основные варианты (укажите неверный ответ):

1. Эротичности
2. Ипохондрический
3. Дисморфоманический
4. Самообвинения
5. Самоунижения (микромания)

A3

160. Синдром Кандинского-Клерамбо включает следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. Псевдогаллюцинации
2. Благодушие
3. Персекуторный бред
4. Бред овладения
5. Моторные автоматизмы

A3

161. Нарушения ассоциативного процесса включают следующие формы, за исключением (укажите):

1. Нарушения темпа
2. Нарушения подвижности
3. Нарушения динамики
4. Нарушения целенаправленности
5. Нарушения грамматического строя речи

A3

162. Замедление темпа мышления встречается в основном в структуре следующих синдромов (укажите неверный ответ):

1. Маниакальном
2. Оглушении
3. Олигофреническом
4. Дементивном
5. Депрессивном

A4

163. Ускорение темпа мышления встречается в основном в структуре следующих синдромов (укажите неверный ответ):

1. Делириозном
2. Маниакальном
3. Аментивном
4. Обнубиляционном
5. Онейроидном

A3

164. Нарушения целенаправленности мышления включают следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. Аморфность
2. Вязкость
3. Резонерство
4. Витиеватость
5. Соскальзывание

A4

165. Нарушения грамматического строя речи включают следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. Бессвязность
2. Разноплановость

3. Персеверации
4. Вербигерации
5. Инкогеренцию

A4.

166. Симптомы нарушения подвижности мышления отмечаются в основном при следующих синдромах (укажите неверный ответ):

1. Паранойальном
2. Депрессивном
3. Эпилептической деменции
4. Глобарной деменции
5. Старческом слабоумии

Тема 12. Нарушения и симптомы эмоционально-волевой сферы в клинике

A3.

167. К основным типам патологического эмоционального реагирования относят следующие, за исключением (укажите):

1. Эксплозивный
2. Паранойальный
3. Дементный
4. Кататимный
5. Голотимный

A3.

168. Кататимный тип эмоционального реагирования характеризуется следующим (укажите неверный ответ):

1. Психогенной обусловленностью
2. Длительностью
3. Лабильностью
4. Формированием на стрессовые факторы
5. Психогенным содержанием

A4.

169. Голотимный тип эмоционального реагирования характеризуется следующим (укажите неверный ответ):

1. Полярностью психопатических состояний
2. Устойчивостью
3. Периодичностью возникновения

4. Бредовой интерпретацией
5. Формированием на стрессовые факторы

A4.

170. Эксплозивный тип эмоционального реагирования характеризуется следующим (укажите неверный ответ):

1. Наличием инертности
2. Импульсивностью
3. Злобно-тоскливым настроением
4. Восторженно-приподнятым настроением
5. Медленным и длительным течением

A4.

171. Дементный тип эмоционального реагирования характеризуется следующим (укажите неверный ответ):

1. Растроженностью влечений
2. Благодушием
3. Апатией
4. Критичностью
5. Гипобулией

A4.

172. К продуктивным симптомам расстройства эмоции относят следующие, за исключением (укажите):

1. Тревога
2. Побледнение эмоций
3. Тугоподвижность
4. Эйфория
5. Амбивалентность

A3.

173. К симптомам гипертимии относят следующие, за исключением (укажите):

1. Растерянность
2. Благодушие
3. Гневливость
4. Экстаз
5. Эйфория

A3.

174. К симптомам гипотимии относят следующие, за исключением (укажите):

1. Растерянность
2. Благодушие
3. Тревога
4. Страх
5. Тоска

A5.

175. Симптомы гипотимии входят в структуру следующих синдромов (укажите неверный ответ):

1. Депрессивного
2. Невротических
3. Острых бредовых
4. Онейроидного
5. Сумеречного

A3.

176. Симптомы гипертимии входят в структуру следующих синдромов (укажите неверный ответ):

1. Маниакального
2. Токсикоманического
3. Корсаковского
4. Депрессивного
5. Дементивных

A4.

177. К симптомам паратимий относятся следующие (укажите):

1. Гневливость
2. Благодушие
3. Амбивалентность
4. Растерянность
5. Тугоподвижность

A4.

178. К симптомам нарушений динамики эмоций относят следующие, за исключением (укажите):

1. Тугоподвижность
2. Эмоциональная нивелировка
3. Слабодушие

4. Эмоциональная лабильность
5. Эмоциональная регидность

А4.

179. К оцениваемым по интенсивности негативным эмоциональным проявлениям относят следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. Эмоциональная нивелировка
2. Эмоциональная инертность
3. Побледнение эмоций
4. Эмоциональная тупость
5. Психическая анестезия

А4.

180. К патологии угнетения мотивов деятельности относят следующие варианты, за исключением (укажите):

1. Апраксия
2. Анорексия
3. Абулия
4. Торможение оборонительных реакций
5. Снижение либидо

А3.

181. Симптомы угнетения влечений и мотивов деятельности встречаются в структуре следующих синдромов, за исключением (укажите):

1. Невротический
2. Онейроидный
3. Маниакальный
4. Кататонический
5. Психоорганический

А4.

182. К симптомам усиления влечений и мотивов деятельности относят следующие, за исключением (укажите):

1. Гипербулия
2. Нимфомания
3. Булемия
4. Сатириаз
5. Анорексия

A5.

183. Симптомы усиления влечений и мотивов деятельности входят в структуру следующих синдромов, за исключением (укажите):

1. Дементивных
2. Гебефренного
3. Психопатических
4. Депрессивного
5. Олигофренических

A4.

184. К извращениям влечений и мотивов деятельности относят следующие варианты, за исключением (укажите):

1. Клептомания
2. Суицидомания
3. Аблютомания
4. Перверзии
5. Пиромания

A4.

185. Навязчивые влечения характеризуются следующими критериями (укажите неверный ответ):

1. Появлением помимо воли больного
2. Критическим отношением
3. Не отражают интересы и ситуацию больного
4. Реализацией в поступках
5. Сохранением волевого контроля над действиями

A4.

186. Компульсивные влечения характеризуются следующими критериями (укажите неверный ответ):

1. Появлением помимо воли больного
2. Критическим отношением
3. Реализацией в поступках
4. Подобностью витальным влечениям
5. Сохранением волевого контроля над действиями

A3.

187. Импульсивные влечения характеризуются следующими критериями (укажите):

1. Сохранением волевого контроля над действиями
2. Появлением помимо воли больного

3. Критическим отношением
4. Реализацией в поступках
5. Безмотивностью

А3.

188. Симптомами патологии на уровне борьбы мотивов и целенаправленности волевого акта являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Комппульсивные действия
2. Оборонительные действия
3. Навязчивые действия
4. Насильственные действия
5. Амбигуэнтность

А4.

189. Симптомами патологии угнетения реализации волевого усилия являются (укажите):

1. Гипокинезия
2. Гипомимия
3. Мутизм
4. Гипобулия
5. Акинезия

А4.

190. Симптомами патологии усиления реализации волевого усилия являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Эйфорическая гиперкинезия
2. Бредовая гиперкинезия
3. Ситуационная гиперкинезия
4. Кататоническая гиперкинезия
5. Тревожно-депрессивная гиперкинезия

А4.

191. Эйфорическая гиперкинезия характеризуется следующими проявлениями (укажите неверный ответ):

1. Гипербулией
2. Целенаправленным двигательным возбуждением
3. Эйфорией
4. Завершенностью действий
5. Неустойчивостью внимания

A3.

192. Для кататонической гиперкинезии характерны следующие проявления (укажите неверный вариант):

1. Гипербулии
2. Хаотичности движений
3. Целенаправленного двигательного возбуждения
4. Стереотипности движений
5. Незавершенности двигательных актов

A3.

193. Симптомами извращения реализации волевого усилия являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Мутизм
2. Эхолалия
3. Негативизм
4. Персеверации
5. Двигательные стереотипии

Тема 1.3. Шизофрения: нарушения мышления, эмоций, мотивов личности, психотерапия

A3.

194. Шизофрения характеризуется нарушениями следующих психических процессов, за исключением (укажите):

1. Мышления
2. Сознания
3. Эмоций
4. Воли
5. Восприятия

A3.

195. Существуют следующие теории возникновения шизофрении (укажите неверный ответ):

1. Бихевиоральная
2. Дофаминовая
3. Инфекционная
4. Генетическая
5. Норадреналиновая

A3.

196. Для шизофрении наиболее характерны следующие типы течения, за исключением (укажите):

1. Регрессиентное
2. Стационарное
3. Прогрессиентное
4. Рекуррентное
5. Приступообразно-прогрессиентное

A4.

197. К диагностическим симптомам шизофрении «первого ранга» относятся следующие, за исключением (укажите):

1. Ассоциативные психические автоматизмы
2. Персекуторный бред
3. Вербальные галлюцинации
4. Психический бред воздействия
5. Кататонический

A3.

198. К продуктивной шизофренической симптоматике относят следующие, за исключением (укажите):

1. Аутизм
2. Бред овладения
3. Персекуторный бред
4. Моторные психические автоматизмы
5. Ассоциативные психические автоматизмы

A3.

199. К диагностическим симптомам шизофрении «второго ранга» относят следующие, за исключением (укажите):

1. Галлюцинации
2. Кататонические расстройства
3. Разорванность мышления
4. Персекуторный бред
5. Аутизм

A4.

200. К негативной шизофренической симптоматике относят следующие, за исключением (укажите):

1. Кататонический ступор
2. Эмоциональная уплощенность

3. Постороннее управление мыслями
4. Социальная отгороженность
5. Апатия

A4.

201. Для диагностики шизофрении необходимо наличие у больного следующих критериев, за исключением (укажите):

1. Одного четкого критерия «первого ранга»
2. Двух менее четких симптомов «первого ранга»
3. Двух симптомов «второго ранга»
4. Продолжительность не менее 1 месяца
5. Сочетание с аффективными расстройствами

A3.

202. К вариантам шизофрении относятся следующие, за исключением (укажите):

1. Постшизофреническая депрессия
2. Кататоническая
3. Резидуальная
4. Паранойяльная
5. Гебефреническая

A4.

203. Параноидная шизофрения характеризуется следующими симптомами (укажите неверный ответ):

1. Инкогеренция
2. Персекуторный бред
3. Бред воздействия
4. Психические автоматизмы
5. Вербальные галлюцинации

A4.

204. Гебефреническая форма шизофрении характеризуется следующими симптомами (укажите неверный ответ):

1. Разорванность мышления
2. Импульсивное нецеленаправленное возбуждение
3. Инкогеренция
4. Дезорганизованность поведения
5. Бредовые расстройства

A3.

205. Для кататонической формы шизофрении характерны следующие симптомы (укажите неверный ответ):

1. Гримасничанье и манерность
2. Негативизм
3. Вербальные галлюцинации
4. Восковая гибкость
5. Стереотипии

A5.

206. Для какой формы шизофрении характерно наличие разнообразных симптомов персекуторного бреда, инкогеренции, дезорганизованного поведения, галлюцинации, кататонические, аутизма (укажите неверный ответ):

1. Кататоническая
2. Гебефреническая
3. Параноидная
4. Недифференцированная
5. Простая

A3.

207. Для резидуальной формы шизофрении характерны следующие основные симптомы, за исключением (укажите):

1. Апатия
2. Персекуторный бред
3. Социальная отгороженность
4. Аутизм
5. Эмоциональная неадекватность

A3.

208. Для простой формы шизофрении характерно формирование следующих симптомов, за исключением (укажите):

1. Апатия
2. Персекуторный бред
3. Социальная отгороженность
4. Аутизм
5. Эмоциональная неадекватность

A4.

209. Шизофрениформные расстройства отличаются от шизофрении по следующим критериям, за исключением (укажите):

1. Наличие психических автоматизмов

2. Наличие несистематизированного бреда воздействия
3. Сохранением менее 6 месяцев
4. Разорванностью мышления
5. Наличием галлюцинаций

A3.

210. Кратковременные психотические расстройства дифференцируются от шизофрении по следующим критериям (укажите неверный ответ):

1. Наличие психических автоматизмов
2. Причинностью возникновения
3. Наличием кататонических симптомов
4. Наличием галлюцинаций
5. Разорванностью мышления

A4.

211. Аффективные расстройства дифференцируются от шизофрении по следующим критериям:

1. Наличие бредовых идей
2. Наличие гипо- или гипертимии
3. Наличие галлюцинаций
4. Стойкостью нарушений мышления
5. Возникновению нарушений представлений после патологического изменения настроения

A3.

212. Шизоидная форма психопатии имеет следующие сходные с шизофренией симптомы, за исключением (укажите):

1. Чувственный бред
2. Погруженность в себя
3. Социальная отгороженность
4. Эмоциональная гипестезия
5. Формализованность мышления

A4.

213. Психокоррекционная работа с больными шизофренией проводится в следующих аффективных направлениях (укажите неверный ответ):

1. Обучение профессиональным навыкам
2. Развитие социальных навыков
3. Формирование адекватной самооценки
4. Формирование чувства реальности
5. Улучшение межличностных отношений положительным подкреплением

A3.

214. В правилах поведения психолога с больным шизофренией не должно быть (укажите):

1. Уважительное отношение
2. Постоянный контроль за приемом лекарств
3. Определение перечня выполняемых больным обязанностей
4. Установление четкого распорядка дня
5. Переубеждение в ошибочности бредовых идей

Тема 1.4. Нарушения познавательной деятельности при аффективных расстройствах – депрессивные синдромы

A3.

215. Типичный депрессивный синдром включает следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. Тоска
2. Гипобулия
3. Замедление ассоциативного процесса
4. Тревога
5. Гиподинамия

A4.

216. Типичный маниакальный синдром включает следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. Пониженная самооценка
2. Эйфория
3. Гипербулия
4. Ускорение ассоциативного процесса
5. Голотимный бред

A4.

217. В этиологии депрессии играют роль следующие факторы (укажите неверный ответ):

1. Нарушение механизмов научения
2. Генетические
3. Нарушение обмена в мозге дофамина
4. Нарушение механизмов нейроэндокринной регуляции
5. Психосоциальные

A4.

218. К основным симптомам депрессии относятся следующие, за исключением (укажите):

1. Неадекватно низкая самооценка
2. Ангедония
3. Гипобулия
4. Гипокинезия
5. Грусть, уныние

A4.

219. К дополнительным симптомам диагностических критериев депрессии относятся следующие, за исключением (укажите):

1. Суицидальные мысли
2. Замедление темпа мышления
3. Гипобулия
4. Неадекватно низкая самооценка
5. Пессимистическая оценка прошлого и будущего

A3.

220. К характерным дополнительным вегетативным симптомам депрессии относятся следующие, за исключением (укажите):

1. Сухость кожи и слизистых
2. Повышение аппетита
3. Расстройство сна
4. Снижение либидо
5. Чувство тяжести и сдавления в груди

A4.

221. Диагностическими критериями легкого депрессивного эпизода являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Наличие основных симптомов гипотимии, гипобулии
2. Наличие дополнительных симптомов замедления темпов мышления, низкой самооценки
3. Затруднение в выполнении социально-профессиональных функций
4. Минимальная продолжительность не менее 2 недель
5. Нарушения вегетативных функций – снижение аппетита, расстройство сна, запоры

A4.

222. Диагностическим критерием отличия депрессивного эпизода умеренной тяжести от легкого является следующий (укажите):

1. Наличие основных симптомов гипотимии, гипобулии

2. Наличие дополнительных симптомов замедления темпов мышления, низкой самооценки
3. Затруднение в выполнении социально-профессиональных функций
4. Минимальная продолжительность не менее 2 недель
5. Нарушения вегетативных функций – снижение аппетита, расстройство сна, запоры

A4.

223. Диагностическими критериями тяжелого депрессивного эпизода являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Наличие основных симптомов гипотимии, гипобулии, ангедонии
2. Наличие 4 и более выраженных дополнительных симптомов
3. Затруднение в выполнении социально-профессиональной и бытовой деятельности
4. Продолжительность не менее 2 недель
5. Нарушения соматических функций

A5.

224. Ларвированные депрессии отличаются от рекуррентных отсутствием одного из следующих симптомов:

1. Снижение либидо
2. Гипокинезия
3. Замедление темпа мышления
4. Тоска
5. Сенестопатии

A4.

225. Для депрессивного психотического синдрома характерны следующие симптомы (укажите неверный ответ):

1. Тревога
2. Ажитация
3. Тоска
4. Замедление темпа мышления
5. Бред виновности

Тема 1.5.. Нарушения психической деятельности при маниакальных и смешанных аффективных состояниях

A3.

2.2.6 Диагностическими критериями гипомании являются следующие симптомы (укажите неверный ответ):

1. Эйфория
2. Гипербулия
3. Ускорение темпа мышления со снижением продуктивности
4. Излишняя самоуверенность
5. Уменьшение потребности во сне

A3.

227. Для мании классического типа характерны следующие симптомы, за исключением (укажите):

1. Выраженная эйфория
2. Гипербулия
3. Переоценка качеств личности
4. Ускорение темпа мышления
5. Увеличение продуктивности рационального познания

A4.

228. Отличием психотического атипичного маниакального синдрома является отсутствие одного из следующих симптомов:

1. Бред величия
2. Гипербулия
3. Эйфория
4. Ускорение мышления
5. Тематическая отклоняемость мышления до «скачки идей»

A3.

229. Различают следующие маниакальные синдромы (укажите неверный ответ):

1. Гневливая мания
2. Ажитированная мания
3. Гипоманиакальный
4. Мания классического типа
5. Экстатически-экзальтированная мания

A4.

230. Для синдрома дисфории характерно сочетание следующих симптомов (укажите неверный ответ):

1. Эйфория
2. Тревога
3. Целенаправленная гипербулия
4. Суицидальные тенденции
5. Злоба

A4.

231. Циклотимия характеризуется следующим, за исключением (укажите):

1. Чередованием сниженного и приподнятого настроения
2. Слабой выраженностью расстройств настроения
3. Продолжительностью аффективных циклов
4. Беспричинным возникновением
5. Затруднением социально-профессиональной деятельности

A4.

232. Дистимия характеризуется следующим, за исключением (укажите):

1. Пониженным настроением
2. Трудностью общения с окружающими
3. Пессимизмом
4. Частой сменой настроения
5. Хроническим течением

A4.

233. В отличие от депрессии непатологические колебания настроения характеризуются следующим (укажите неверный ответ):

1. Сниженным настроением
2. Возникновением по определенной причине
3. Пессимистической оценкой настоящего и будущего
4. Непродолжительностью
5. Сохранением самооценки и личностных качеств

A3.

234. Проведение психотерапии больных с депрессиями целесообразно при следующих условиях (укажите неверный ответ):

1. Высокий риск суицида или гомицида
2. Отсутствие психотических расстройств
3. Отсутствие бредовых расстройств
4. Отсутствие случаев импульсивного поведения
5. Сохранение взаимоотношений хотя бы с одним лицом

Тема 1.6. Тревожные и связанные со стрессом расстройства

A2.

235. Тревожные состояния классифицированы на следующие, за исключением (укажите):

1. Непатологическая тревога здоровых людей
2. Психопатическая тревожность

3. Соматогенная тревога
4. Собственно тревожные расстройства
5. Тревога в структуре других психических заболеваний

А3.

236. Непатологическая тревога отличается от панического расстройства по следующим характерным признакам:

1. Возникновением острой тревоги
2. Сердцебиением и ощущением дискомфорта в груди
3. Затруднением дыхания
4. Потливостью
5. Объективной причинностью

А3.

237. Диагностическими критериями панического расстройства являются следующие, за исключением (укажите):

1. Повторные приступы острой тревоги
2. Объективные причины появления паники
3. Опережающая тревога
4. Наличие 4 и более соматовегетативных симптомов
5. Отсутствие интоксикации психостимуляторами

А3.

238. Для панического расстройства характерны следующие соматовегетативные симптомы, за исключением (укажите):

1. Затрудненное дыхание, удушье
2. Сенестопатии
3. Дискомфорт в области желудка
4. Дерезализация
5. Потливость

А3.

239. Генерализованное тревожное расстройство отличается от непатологической тревоги по следующему критерию:

1. Наличие монотонной, диффузной тревоги
2. Невозможностью расслабиться
3. Трудностью концентрации внимания
4. Учащенного дыхания
5. Беспричинностью возникновения

A3.

240. Диагностическими критериями генерализованного тревожного расстройства являются следующие, за исключением (укажите):

1. Наличие постоянной тревоги
2. Отсутствие объективной причины возникновения
3. Длительность тревоги на протяжении до одного месяца
4. Наличие соматовегетативной симптоматики
5. Наличие характерных проявлений в двигательной сфере

A4.

241. Отличием генерализованного тревожного расстройства от панического является (укажите):

1. Наличие тревоги
2. Отсутствие психологически понятной причины
3. Постоянство симптоматики
4. Наличие симптомов вегетативной гиперреактивности
5. Неусидчивость и невозможность расслабиться

A4.

242. Диагностическими критериями обсессивно-компульсивного расстройства являются следующие, за исключением (укажите):

1. Возникновение неадекватных и иррациональных мыслей или импульсов
2. Некритически оцениваемые навязчивости и ритуальные действия
3. Продолжительность обсессий и компульсий не менее 2 недель и их постоянная повторяемость
4. Наличие мысли или действия, которым пациент оказывает сопротивление
5. Мысль о выполнении компульсии не должна быть пациенту приятна

A4.

243. Для обсессивно-компульсивного расстройства характерно следующее (укажите неверный ответ):

1. Непроизвольно возникающие неактуальные мысли, чувства и импульсы
2. Осознание нелепостей своих опасений и ритуалов, критическое отношение к ним
3. Тягостность обсессий и компульсий и затруднение функционирования пациента
4. Хроническое стационарное течение
5. Сопротивление пациента навязчивостям и ритуалам

A4.

244. Фобические расстройства характеризуются следующим, за исключением (укажите):

1. Постоянным иррациональным страхом перед окружающими объектами или ситуациями
2. Избегающим фобический объект поведением
3. Тревожным состоянием
4. Трудностью концентрации внимания
5. Первичными симптомами вегетативной гиперреактивности

A5.

245. Диагностическими проявлениями клаустрофобии являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Страх пребывания в закрытом пространстве
2. Формирование тревоги при вхождении в помещение квартиры
3. Ощущение дискомфорта в груди и желудке при мысли о необходимости пребывания в закрытых пространствах
4. Избегание ситуаций пребывания в закрытых пространствах
5. Появление мышечной скованности при необходимости вхождения в закрытые пространства

A4.

246. В психотерапии тревожных и фобических расстройств наиболее эффективен метод (укажите):

1. Рациональный
2. Гельштальт-терапии
3. Когнитивный
4. Систематической десенсибилизации
5. Суггетивный

Тема 1.7. Адаптационно-стрессовые расстройства

A4.

247. Острая реакция на стресс характеризуется следующим (укажите неверный ответ):

1. Возникновением после воздействия чрезвычайного по силе стресса
2. Панической тревогой
3. Психомоторным возбуждением
4. Аффектогенным ступором
5. Продолжительностью не более 2 недель

A5.

248. Какая форма фобии с иррациональным страхом и выраженной тревогой не соответствует диагностическим критериям фобических расстройств:

1. Канцерофобия
2. Агорафобия
3. Лалофобия (фобия выступления в аудитории)
4. Клаустрофобия
5. Мизофобия (страх заражения)

A5.

249. Какие из перечисленных симптомов позволяют дифференцировать острую реакцию на стресс от панического расстройства:

1. Паническая тревога, страх
2. Затруднение дыхания, удушье
3. Психомоторное возбуждение
4. Аллопсихическая дезориентировка
5. Конградная амнезия

A4.

250. Адаптационные расстройства могут проявляться следующими симптомами (укажите неверный ответ):

1. Дезориентировкой в окружающем пространстве
2. Снижением настроения
3. Тревогой
4. Нарушением поведения
5. Двигательным беспокойством

A4.

251. Адаптационные расстройства могут встречаться в следующих вариантах, за исключением (укажите):

1. Кратковременная депрессивная реакция
2. Пролонгированная депрессивная реакция
3. Бредовая депрессивная реакция
4. Смешанная тревожно-депрессивная реакция
5. Адаптационное расстройство с регрессивным поведением

A3.

252. Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется следующим (укажите неверный ответ):

1. Возникновение после черепно-мозговой травмы
2. Навязчивые воспоминания о травме

3. Избегание стимулов, напоминающих о травме
4. Усиление вегетативных проявлений тревоги
5. Безразличие к делам

A4.

253. Отличием посттравматического стрессового расстройства от адаптивного расстройства является (укажите):

1. Постепенное развитие после экстраординарного стрессового события
2. Продолжительность более 1 месяца
3. Наличие тревоги
4. Эмоциональная притупленность
5. Антисоциальное поведение

A4.

254. Для стадии состояния шока непатологической реакции характерно следующее (укажите неверный ответ):

1. Быстрое развитие реакции
2. Осознание утраты и отсутствие критичности
3. Чувство оцепенения
4. Длительность до недели
5. Дерезализация

A4.

255. Для стадии осознания потери непатологической реакции горя характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Подавленность
2. Психомоторная заторможенность
3. Чувство вины перед умершим
4. Зрительные иллюзии
5. Систематизированный бред самообвинения

A5.

256. Признаками, свидетельствующими об атипичности реакции горя, являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Социальная самоизоляция
2. Зрительные и слуховые иллюзии
3. Длительность реакции более года
4. Выраженная психомоторная заторможенность более 1 недели
5. Бред самообвинения

A4.

257. Факторами, способствующими формированию атипичных реакций горя, могут быть следующие (укажите неверный ответ):

1. Женский пол
2. Психическое расстройство в анамнезе
3. Смерть детей
4. Низкий социально-экономический статус
5. Социальная изоляция

Тема 1.8. Суицид – подходы и принципы психопрофилактики

A5.

258. Пресуицидальный синдром включает следующее, за исключением (укажите):

1. Суицидальные тенденции
2. Парасуицид
3. Суицидальная попытка
4. Суицидальный шантаж
5. Суицидальное поведение

A3.

259. Наиболее значительными факторами риска суицида являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Одиночество
2. Тяжелая соматическая болезнь
3. Депрессия
4. Подростковый возраст
5. Мужской пол

A5.

260. Какие лица, совершившие суицидальную попытку, подлежат обязательной госпитализации в психиатрический стационар (укажите):

1. С психогенной реакцией на тяжелые жизненные события
2. С истерическим расстройством личности
3. С тяжелой соматической патологией
4. С суицидальным шантажом
5. С четкой суицидальной тенденцией

Тема 1.9. Деменции. Нарушения психической деятельности при болезни Альцгеймера

A4.

261. Для деменций характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Стационарное течение
2. Снижение функции абстрактного мышления
3. Нарушение социальной деятельности
4. Снижение памяти
5. Снижение конструктивного праксиса

A3.

262. Характерными признаками деменций являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Фиксационная амнезия
2. Пожилой возраст
3. Снижение способности к обучению
4. Оглушенность
5. Нарушение интеллектуальных функций

A3.

263. Для болезни Альцгеймера характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Более высокая распространенность среди женщин
2. Медленное нарастание недостаточности функций запоминания информации
3. Начало в 65 лет и старше
4. Генетическая детерминированность
5. Прогрессирующее течение

A5.

264. Морфологическими субстратами болезни Альцгеймера являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Бета-амилоидные сенильные бляшки
2. Зернисто-васкулярная дегенерация нейронов вокруг бляшек
3. Повышение количества холинергических нейронов и содержания ацетилхолина в головном мозге
4. Расширение мозговых желудочков
5. Нейрофибриллярные клубки внутри нейронов коры головного мозга

A3.

265. Начальная стадия болезни Альцгеймера сопровождается наличием (укажите неверный ответ):

1. Бреда ущерба
2. Некритического отношения к болезни
3. Фиксационной амнезии
4. Приемов скрыть собственную несостоятельность
5. Растерянности и беспокойства

A4.

266. Развитая стадия болезни Альцгеймера характеризуется следующими симптомами, за исключением (укажите):

1. Нарушение ассоциативного мышления
2. Амнестическая афазия
3. Эхолалия
4. Апраксия
5. Агрофия

A5.

267. Терминальная стадия болезни Альцгеймера характеризуется следующими симптомами, за исключением (укажите):

1. Нарушение координированности движений
2. Амнестическая дезориентировка
3. Потеря способности производить привычные операции
4. Отсутствие понятийного мышления
5. Нарушение речепроизводства и речепонимания

A4.

268. Диагностическими критериями болезни Альцгеймера являются следующие, за исключением (укажите):

1. Огрубение социального поведения
2. Фиксационная амнезия
3. Абулия
4. Снижение функции абстрактного мышления
5. Раздражительность

A4.

269. Отличительным симптомом отличия непатологического процесса старения от болезни Альцгеймера является:

1. Снижение функции абстрактного мышления
2. Конструктивный праксис

3. Фиксационная амнезия
4. Снижение контроля над эмоциями
5. Снижение социального функционирования

Тема 2.0. Психоорганические расстройства – уравнительный анализ

A4.

270. Диагностическими критериями сосудистой деменции являются следующие, за исключением (укажите):

1. Острое начало
2. Снижение функций памяти
3. Очаговая неврологическая симптоматика
4. Наличие гипертензии
5. Прогрессирующее ухудшение когнитивных функций

A5.

271. Отличительными особенностями дифференциальной диагностики сосудистой деменции от болезни Альцгеймера являются следующие, за исключением (укажите):

1. Острое начало
2. Быстрое нарастание расстройства запоминания
3. Очаговые неврологические симптомы
4. Ступенчатое ухудшение
5. Начало в более раннем возрасте (50-60)

A5.

272. Характерными диагностическими признаками болезни Пика являются следующие, за исключением (укажите):

1. Амнестическая дезориентировка
2. Афазия
3. Эмоциональное уплощение
4. Огрубление социального поведения
5. Медленное начало с прогрессирующим интеллектуальным снижением

A5.

273. Отличительными проявлениями болезни Пика от болезни Альцгеймера являются следующие, за исключением (укажите):

1. Медленное и более раннее начало болезни
2. Раструженность поведения
3. Доминирование интеллектуальной недостаточности
4. Быстрое нарушение функции памяти
5. Неврологическая симптоматика

A4.

274. Деменция при болезни Гентингтона характеризуется следующим, за исключением (укажите):

1. Медленно развивающееся слабоумие
2. Начало в 35-45 лет
3. Выраженное нарушение памяти
4. Хореатические гиперкинезы
5. Аффективно неустойчивые реакции

A4.

275. Для деменции при болезни Паркинсона характерны следующие проявления (укажите неверный ответ):

1. Когнитивное снижение
2. Нарушение интеллектуальных функций
3. Дискоординация движений
4. Тремор
5. Специфическая мышечная ригидность

Тема 2.1. Патопсихологические синдромы после черепно-мозговых травм

A2.

276. Выделяют следующие виды черепно-мозговых травм (укажите неверный ответ):

1. Коммоции
2. Открытые проникающие
3. Контузии
4. Посттравматические
5. Компрессии

A3.

277. В развитии психических расстройств после черепно-мозговой травмы выделяют следующие периоды (укажите неверный ответ):

1. Начальный
2. Острый
3. Хронический
4. Реконвалесценции
5. Отдаленных последствий

A4.

278. Начальный период черепно-мозговой травмы может проявляться (укажите неверный ответ):

1. Сомналентностью
2. Делирием
3. Сопором
4. Сумеречным сознанием
5. Комой

A4.

279. Острый период ЧМТ характеризуется возникновением (укажите неверный ответ):

1. Эпилептических припадков
2. Неврологических проявлений
3. Делирия
4. Сумеречного сознания
5. Бредовых психозов

A3.

280. Для периода выздоровления после ЧМТ характерны следующие психические расстройства, за исключением (укажите):

1. Органический амнестический синдром
2. Астенический синдром
3. Бредовый синдром
4. Галлюцинаторный синдром
5. Посткоммоционный синдром

A4.

281. Диагностическими критериями делирия острого периода ЧМТ являются следующие симптомы (укажите неверный ответ):

1. Вербальные галлюцинации
2. Психомоторное возбуждение
3. Тревога, страх
4. Расстройство ритма сна-бодрствования
5. Аутопсихическая дезориентировка

A4.

282. Для органического амнестического синдрома после ЧМТ характерны следующие проявления, за исключением (укажите):

1. Конфабуляции
2. Ретроградная амнезия
3. Фиксационная амнезия

4. Псевдореминисции
5. Антероградная амнезия

A4.

283. Органическое бредовое расстройство отдаленного периода ЧМТ характеризуется наличием (укажите неверный ответ):

1. Бредовыми идеями
2. Безволием
3. Разноплановостью мышления
4. Сохранностью когнитивных функций
5. Ясностью сознания

A5.

284. Для постановки диагноза органического расстройства личности после ЧМТ необходимо наличие следующих признаков (укажите неверный ответ):

1. Снижение когнитивных функций
2. Снижение способности контролировать свои потребности и влечения
3. Изменение сексуального поведения
4. Снижение способности к целенаправленной деятельности
5. Эмоциональная лабильность

A3.

285. Посткоммоционный синдром проявляется следующими симптомами (укажите неверный ответ):

1. Повышенная утомляемость
2. Раздражительность
3. Гипостезия
4. Расстройство сна
5. Неустойчивость внимания

Тема 2.2. Негативные патопсихологические синдромы – психические дефекты

A4.

286. Психический дефект характеризуется (укажите неверный ответ):

1. Неполноценностью интеллектуальных функций
2. Стойкой недостаточностью психических функций
3. Отсутствием критичности
4. Снижением уровня личности
5. Ущерб эмоционально-волевых качеств

A2.

287. К вариантам психического дефекта относятся (укажите неверный ответ):

1. Лакунарная деменция
2. Идиопатия
3. Тотальная деменция
4. Дебильность
5. Парциальная деменция

A4.

288. Для дебильности характерны следующие проявления (укажите неверный ответ):

1. Невозможность логических операций
2. Сохранность механической памяти
3. Достаточно большой словарный запас
4. Способность приобретения навыков письма
5. Удовлетворительное внимание

A4.

289. Основными чертами имбецильности являются (укажите неверный ответ):

1. Невозможность абстрактного мышления
2. Удовлетворительное проведение логических операций
3. Резко ограниченный словарный запас
4. Сохранение способности приобретать навыки самообслуживания
5. Дефекты речи и аграмматизмы

A4.

290. Идиопатия характеризуется следующими чертами (укажите неверный ответ):

1. Отсутствие понятийного мышления
2. Сохранение слабой способности речепонимания и речепроизводства
3. Сохранение двигательных реакций на раздражители
4. Сохранность ощущений
5. Неполноценность восприятия

A5.

291. К деменциям могут приводить (укажите неверный ответ):

1. Шизофрения
2. Эпилепсия
3. Черепно-мозговая травма

4. Опухоли головного мозга
5. Маниакальные психозы

A3.

292. Для деменций характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Стойкое стационарное течение
2. Нарушение мнестических функций
3. Расстройства эмоциональной сферы
4. Неполноценность интеллекта
5. Личностные расстройства

A4.

293. Лакунарная деменция характеризуется следующими проявлениями, за исключением (укажите):

1. Снижение абстрактного мышления
2. Нарушение мнестических функций
3. Неполноценность продуктивности мышления
4. Сохранение основных свойств личности
5. Некритическое отношение больного к своему дефекту

A5.

294. Глобальная деменция отличается от лакунарной в следующем (укажите):

1. Стойкостью психических нарушений
2. Снижением мнестических функций
3. Некритическим отношением больного к своему дефекту
4. Неполноценность продуктивного мышления
5. Снижением уровня абстрактного мышления

A5.

295. Для глобальной деменции характерны следующие проявления, за исключением (укажите):

1. Нарушения мнестической функции
2. Расстройства абстрактно-логического мышления
3. Моторные нарушения
4. Осознание болезни
5. Деграция личности

A4.

296. Психический моразм характеризуется следующим, кроме (укажите):

1. Абулией
2. Ограниченностью речепонимания и речепроизводства

3. Отсутствием способности к мыслительной деятельности
4. Адинамией
5. Апатией

A2.

297. Различают следующие степени умственной отсталости:

1. Глубокая
2. Умеренная
3. Выраженная
4. Легкая
5. Умеренная

A2.

298. Легкой степени умственной отсталости соответствуют показатели IQ:

1. 70-89
2. 50-69
3. 35-49
4. 20-34
5. ниже 20

A2.

299. Умеренной степени умственной отсталости соответствуют показатели IQ:

1. Ниже 20
2. 70-89
3. 20-34
4. 35-49
5. 50-69

A4.

300. По МКБ-1.0 тяжелая умственная отсталость включает одну из перечисленных форм:

1. Глобальная деменция
2. Идиотия
3. Психический маразм
4. Имбецильность
5. Лакунарная деменция

Тема 2.3. Эпилепсия

A5.

301. Какая форма эпилептических припадков проявляется кратковременными клоническими судорогами без потери сознания:

1. Сложные парциальные припадки
2. Abortивные судорожные припадки
3. Миоклонические припадки
4. Простые парциальные припадки
5. Абсансный простой припадок

A5.

302. Какая форма эпилептических припадков проявляется исключением сознания с неадекватными автоматизированными движениями:

1. Простые парциальные припадки
2. Миоклонические припадки
3. Абсансные сложные припадки
4. Вторично-генерализованные парциальные припадки
5. Сложные парциальные припадки

A5.

303. Какая форма эпилептических припадков проявляется аурой, тоническими судорогами, нарушением сознания:

1. Вторично-генерализованные парциальные припадки
2. Генерализованная идеопатическая эпилепсия
3. Сложные парциальные припадки
4. Abortивные большие судорожные припадки
5. Абсансные сложные припадки

A3.

304. Эпилептические припадки характеризуются (укажите неверный ответ):

1. Относительной длительностью
2. Стереотипностью
3. Пароксизмальностью возникновения
4. Повторяемостью
5. Внезапностью прекращения

A4.

305. Прогностически неблагоприятными признаками эпилепсии являются следующие, за исключением (укажите):

1. Раннее начало болезни
2. Наличие простых парциальных припадков
3. Нарушения сознания в послеприпадочном периоде
4. Склонность к учащению генерализованных припадков
5. Большая частота и тяжесть сумеречных состояний

A5.

306. Специфическими проявлениями эпилептического изменения личности являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Вязкость мышления
2. Тугоподвижность эмоций
3. Выраженная эгоистичность
4. Сужение эмоционального резонанса
5. Злобливость и импульсивность

Тема 2.4. Расстройства личности – психопатии

A3.

307. Для деформационных личностных расстройств в отличие от деструктивных наиболее характерно:

1. Диспропорциональное соотношение структурных элементов личности
2. Дисгармония личности
3. Формирование деформации личности в процессе ее развития
4. Социальная дезадаптация
5. Выраженность патологических черт

A4.

308. Для психопатических состояний свойственно (укажите неверный ответ):

1. Тотальность патологических черт характера
2. Относительная стабильность дисгармонии личности
3. Выраженность патологических проявлений
4. Нарушение социальной адаптации у больных
5. Возникновение вследствие специфического психогенического фактора

A3.

309. Психопатические состояния личности проявляются в формах (укажите неверный ответ):

1. Акцентуации личности

2. Патохарактерологическое развитие
3. Психопатизации
4. Диссоциальные расстройства
5. Психопатии

A4.

310. Психопатии отличаются от психопатизации в следующем (укажите):

1. Тотальностью патологических черт характера
2. Неотъемлемым патологическим свойством личности
3. Постоянством проявления
4. Беспричинностью возникновения
5. Социальной дезадаптацией

A3.

311. Для психопатизации характерно следующее (укажите неверный ответ):

1. Причиной формирования являются органические поражения головного мозга
2. Сохранение достаточно высокого уровня интеллекта
3. Тотальность патологических черт личности
4. Выраженность характерологических отклонений
5. Социальная дезадаптация

A4.

312. Для психопатии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Конституционный характер
2. Дисгармония в личностных позициях и поведении
3. Нарушение интеллектуальных функций
4. Стабильность патологических черт характера
5. Беспричинность странного поведения и резкого изменения настроения

A4.

3.1.3. В классификации психопатий по О.В. Кербику выделяют следующие формы (укажите неверный ответ):

1. Возбудимые
2. Неустойчивые
3. Тормозимые
4. Истерические
5. Диссоциальные

A4.

3.1.4. Наиболее характерными проявлениями астенической формы психопатии являются (укажите неверный ответ):

1. Застенчивость, робость
2. Повышенная ранимость и чувствительность
3. Малодушность и трусливость
4. Склонность к уединению и избеганию общества
5. Чрезмерная способность отстаивать свои интересы

A5.

315. Наиболее характерными проявлениями психастенической формы психопатии являются (укажите неверный ответ):

1. Чрезмерная реалистичность
2. Малообщительность и застенчивость
3. Нерешительность и мнительность
4. Склонность к навязчивостям
5. Повышенная чувствительность со склонностью к реакциям тревоги

A4.

316. Наиболее характерными проявлениями патологически замкнутой (шизоидной) формы психопатии являются (укажите неверный ответ):

1. Эмоциональная ригидность
2. Аутизм
3. Нарушение интеллектуальных функций
4. Формализованность мышления
5. Душевная холодность и черствость

A4.

317. Наиболее характерными проявлениями паранойяльной формы психопатии являются (укажите неверный ответ):

1. Болезненно обостренное самолюбие и упрямство
2. Низкая реактивность и активность
3. Склонность переоценивать себя и результаты своей деятельности
4. Неуживчивость, грубость и недоверие
5. Целеустремленность в исполнении сверхценных идей

A5.

318. Для возбудимой (эпилептоидной) формы психопатии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Высокая активность и реактивность
2. Повышенная эмоциональная возбудимость со взрывчатостью

3. Недоверчивость, мстительность
4. Скандальность, злобность
5. Недисциплинированность и и стремление транжирить

A4.

319. Для истерической формы психопатии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Эмоциональная лабильность с неустойчивостью настроения
2. Непоследовательность мышления
3. Крайняя эгоистичность
4. Целенаправленность и педантичность
5. Экцентризм

A5.

320. Для диссоциального расстройства личности характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Чрезмерное чувство вины
2. Безответственность и пренебрежение социальными нормами
3. Неспособность поддерживать взаимоотношения с окружающими
4. Низкий порог агрессивности
5. Склонность к обвинению окружающих

A4.

321. Эмоционально неустойчивое расстройство личности проявляется в следующем (укажите неверный ответ):

1. Отсутствие самоконтроля
2. Эмоциональная неустойчивость
3. Чрезвычайная целенаправленность деятельности
4. Импульсивность действий
5. Угрожающее поведение и вспышки жестокости

A4.

322. Диагностическими критериями специфических расстройств личности являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Всеобъемлющий аномальный стиль поведения
2. Эпизодический характер аномального поведения
3. Личностный дистресс
4. Конституционный тип характерологических нарушений
5. Ухудшение социальной адаптации

A3.

323. К специфическим расстройством личности относят следующие формы, за исключением (укажите):

1. Диссоциальная
2. Тревожная
3. Ананкастная
4. Шизофреническая
5. Истерическая

A4.

324. Для хронических изменений личности характерно следующее (укажите неверный ответ):

1. Личностные изменения носят постоянный характер
2. Выраженное изменение восприятия и оценки окружения
3. Являются следствием деформации личности
4. Сопровождаются социальной дезадаптацией
5. Этиологически связаны с чрезмерными продолжительными стрессами

Тема 2.5. Астенические состояния, их формы и проявления в патопсихологии

A4.

325. Астенический синдром проявляется в следующем (укажите неверный ответ):

1. Повышенная утомляемость
2. Снижение произвольного внимания и его концентрации
3. Затруднение запоминания и активного вспоминания
4. Замедление темпа мышления
5. Сохранение целенаправленной активности

A5.

326. Наиболее характерными проявлениями гиперстетической формы астенического синдрома являются следующие, за исключением (укажите):

1. Пониженное настроение
2. Отсутствие чувства отдыха после сна
3. Кратковременные реакции недовольства и гневливости
4. Головные боли
5. Значительно повышенная утомляемость при нагрузке

A5.

327. Наиболее характерными проявлениями гипостенической формы астенического синдрома являются следующие (укажите неверный ответ):

1. Выраженная раздражительная слабость
2. Повышенная утомляемость при нагрузке
3. Пониженное настроение
4. Снижение концентрации внимания
5. Пессимизм

A5.

328. Для шизофренической астении характерно следующее (укажите неверный ответ):

1. Выраженная неадекватность раздражительности
2. Огрубление эмоции
3. Резкое нарастание утомляемости
4. Сужение мотивации длительности и концентрации внимания
5. Аутизация

A4.

329. Органическое астеническое расстройство характеризуется следующим (укажите неверный ответ):

1. Раздражительностью
2. Повышенной утомляемостью
3. Гиперестезией
4. Возникновением на воздействие психогенных факторов
5. Лабильностью настроения

A4.

330. Неврозы характеризуются следующим (укажите неверный ответ):

1. Стабильностью эмоциональных и соматовегетативных расстройств
2. Психогенной обусловленностью формирования
3. Осознанием болезни
4. Раздражительной слабостью
5. Неадекватностью эмоционального раздражения

A4.

331. Для неврастении наиболее характерны следующие проявления:

1. Беспричинно возникающая умственная и/или мышечная слабость
2. Стягивающая головная боль
3. Неспособность расслабиться
4. Ипохондрическая настроенность
5. Нарушение сна

A5.

332. Наиболее характерными проявлениями неврастении являются следующие, за исключением (укажите):

1. Повышенная утомляемость после умственной или физической нагрузки
2. Стягивающая головная боль
3. Продолжительная неспособность расслабиться
4. Раздражительная слабость
5. Нарушение сна

A5.

333. Истерический невроз проявляется в следующем (укажите неверный ответ):

1. Алгиями
2. Гиперкинезами или параличами
3. Постоянной эмоциональной гиперестезией
4. Нарочистостью психо-эмоциональных проявлений
5. Чрезмерной эмоциональной реакцией

A5.

334. Основными отличиями истерического припадка от эпилептического является (укажите неверный ответ):

1. Отсутствие клонических судорог
2. Отсутствие ауры
3. Предшествующая сильная эмоциональная реакция
4. Преимущественное возникновение в вечерне-ночное время
5. Отсутствие послеприпадного нарушения сознания

A5.

335. Основным отличием астенической психопатии от астенического синдрома является (укажите):

1. Истощаемость нервно-психических процессов
2. Постоянная чувственная гиперестезия
3. Склонность к уединению
4. Снижение целенаправленной активности
5. Повышенная ранимость

A5.

336. Основными отличиями психоастении от неврастении являются (укажите неверный ответ):

1. Стойкая подчеркнутая мнительность
2. Склонность к образованию навязчивостей

3. Эмоциональная возбудимость
4. Стойкая умственная утомляемость
5. Постоянная склонность к самоанализу

A4.

337. Отличием истерической психопатии от истерического невроза является (укажите):

1. Стойкая эмоциональная неадекватность
2. Эгоцентризм
3. Капризность
4. Повышенная сенситивность
5. Чрезмерная эмоциональная возбудимость

Тема 2.6. Психические и поведенческие расстройства, связанные с физиологическими и соматическими нарушениями

A5.

338. Нервная анорексия сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Сознательным ограничением приема пищи
2. Бредовой идеей избыточной полноты
3. Нарушениями обменных процессов
4. Упорным отказом от приема пищи
5. Неспецифическими тревожно-депрессивными симптомами

A4.

339. Диагностическими критериями нервной анорексии являются следующие, за исключением (укажите):

1. Дефицит массы тела на 15% и более от возрастной нормы
2. Сознательное ограничение приема пищи
3. Вторичные эндокринные нарушения менструально-сексуальной функции
4. Постоянный страх чрезмерной полноты
5. Критическое отношение к избеганию приема пищи

A5.

340. Для нервной булемии характерны (укажите неверный ответ):

1. Повторяющиеся приступы переедания
2. Прием высококалорийной «мягкой» пищи
3. Возникновение чувства комфортности после приступа переедания
4. Применение средств и способов для снижения массы тела
5. Прием пищи вне приступа не вызывает чувства насыщения

A5.

341. Диагностическими критериями нервной булемии являются следующие, за исключением (укажите):

1. Постоянные эпизоды компульсивного переедания
2. Непреодолимая тяга к пище
3. Использование способов и средств предотвращения увеличения массы тела
4. Болезненный страх ожирения
5. Постоянная озабоченность едой

A4.

342. Инсомния неорганической природы характеризуется (укажите неверный ответ):

1. Постоянной бессонницей
2. Состоянием напряжения
3. Систематизированной тревогой
4. Возникновением в результате перенесенных стрессов
5. Повышенной психической и физической утомляемостью

A5.

343. Сомнамбулизм характеризуется (укажите неверный ответ):

1. Эпизодами снохождения
2. Бессознательными автоматическими движениями
3. Амнезией эпизодов снохождения
4. Возникновением эпизодов сомнамбулии во второй половине ночного сна
5. Отсутствием повторяемости эпизодов снохождения в течение ночи

A5.

344. Пароксизмальный эпилептический сомнамбулизм отличается от психогенного следующим (укажите неверный ответ):

1. Более глубоким помрачением сознания
2. Амнезией эпизода сомнамбулизма
3. Невозможностью контакта с больным
4. Разнообразием характера действий
5. Возможной повторяемостью эпизода в течение ночи

A4.

345. Характерными проявлениями ночных ужасов являются следующие, за исключением (укажите):

1. Внезапное просыпание ночью с громким криком
2. Вскликиванием и попытками бежать

3. Агрессивным реагированием на попытку окружающих остановить пациента

4. Выраженные вегетативные реакции

5. Кратковременностью приступа и его амнезией

A4.

346. Диагностическими критериями половых дисфункций являются (укажите неверный ответ):

1. Расстройство сексуальной функции наблюдаются не менее 1 месяца

2. Половые дисфункции возникают часто

3. Пациент не в состоянии установить сексуальные отношения по своему желанию

4. Сексуальные дисфункции возникают не в результате органического поражения

5. Причиной дисфункций не являются психические расстройства и применение психоактивных и лекарственных препаратов

A5.

347. Причинами отсутствия либидо являются (укажите неверный ответ):

1. Особенности полового воспитания

2. Переживания раннего детства

3. Импотенция

4. Травматический сексуальный опыт

5. Личностные особенности

A4.

348. Сексуальное отвращение проявляется (укажите неверный ответ):

1. Отсутствием сексуального удовлетворения

2. Предстоящая половая связь вызывает сильные негативные чувства

3. Периодическим или устойчивым отвращением к сексуальным контактам

4. Прекращением половой активности

5. Отсутствие либидо является тягостным для пациента

A5.

349. Отличием психогенной импотенции от органической эректильной дисфункции являются следующие, за исключением (укажите):

1. Длительная неспособность достижения нормальной эрекции

2. Селективный характер эректильной дисфункции

3. Возникновение у пациента утренних эрекций
4. Нормальная эрекция при мастурбации
5. Наличие спонтанной эрекции в эротических ситуациях

A4.

350. Характерным для аноргазмии является (укажите неверный ответ):

1. Отсутствие или задержка оргазма при нормальном прохождении всех стадий сексуальной активности
2. Психогенные причины нарушения оргазма
3. Оргазм не испытывается при мастурбации и всех других видах стимуляции
4. Возможно вторичное нарушение оргазма после периода его возникновения
5. В этиологии страх сексуальных отношений и беременности являются определяющими

A5.

351. Характерным для вагинизма является (укажите неверный ответ):

1. Сохранение сексуальной откликаемости
2. Непроизвольный спазм мышц вагины, препятствующий половому акту
3. Возникновение в результате локальной боли
4. Клиторная стимуляция приводит к оргазму
5. Причиной формирования являются исключительно психогенные факторы

A5.

352. Для патологической мастурбации характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Компульсивный характер
2. Снижение сексуальной функции
3. Использование с несексуальными целями
4. Отсутствие критичности
5. Замена всех видов половой активности

A4.

353. Для «родовых блюзов» характерно (укажите неверный ответ):

1. Нередко сниженное настроение
2. Начало обычно в первый день после родов
3. Эмоциональная лабильность
4. Плаксивость по незначительным поводам
5. Продолжительность более месяца

A4.

354. Критериями диагностики «послеродовой депрессии» являются (укажите неверный ответ):

1. Развитие через несколько дней после родов
2. Значительная подавленность настроения, тревога
3. Чувство безнадежности и вины
4. Отсутствие аппетита, инсомния
5. Продолжительность до 6 месяцев

A4.

355. Диагностическими критериями послеродовых психозов являются следующие, за исключением (укажите):

1. Возникновение в первые три недели после родов
2. Развернутые синдромы аффективных расстройств (депрессивных или маниакальных)
3. Бредовые идеи отношений
4. Психические автоматизмы
5. Продолжительность не более 12 месяцев

Тема 2.7. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

A4.

356. Аддикция включает в себя (укажите неверный ответ):

1. Пагубное пристрастие
2. Состояние отмены
3. Зависимость
4. Толерантность
5. Поисковое поведение

357. Биологические факторы риска алкоголизации включают следующие, за исключением (укажите):

1. Семейная отягощенность
2. Необычные или измененные реакции
3. Выраженные особенности метаболизма этанола
4. Изначально низкая толерантность к этанолу
5. Субъективно приятное опьянение

A3.

358. Для стадии злоупотребления при формировании зависимости к психоактивным веществам характерны следующие проявления, за исключением (укажите):

1. Возникновение проблем в социально-профессиональной деятельности

2. Явления синдрома отмены
3. Снижение толерантности к ПАВ
4. Психологическая зависимость
5. Проблемы с соматическим здоровьем

A3.

359. Формами потребления психоактивных веществ являются следующие, за исключением (укажите):

1. Привычная
2. Эпизодическая
3. Ложный запой
4. Систематическая
5. Истинный запой

A5.

360. Отличием измененной толерантности при наркомании от физиологической является (укажите неверный ответ):

1. Увеличение потребляемой дозы ПАВ
2. Развитие неспецифических вегетативных проявлений на максимально переносимую дозу ПАВ
3. Достижение психофизиологического комфорта только на максимально переносимую дозу
4. Развитие интоксикации при значительном снижении дозы ПАВ
5. Переносимость максимальной дозы ПАВ без формирования защитных знаков

A4.

361. Характерным критерием перехода от I ко II стадии наркомании является:

1. Постоянное увеличение потребляемой дозы ПАВ
2. Исчезновение защитных реакций
3. Специфические защитные знаки
4. Употребление ПАВ для достижения психического комфорта
5. Появление неспецифических вегетативных реакций

A5.

362. II стадия наркомании проявляется (укажите):

1. Появлением специфических защитных знаков
2. Увеличением потребляемой дозы ПАВ
3. Падением толерантности к ПАВ
4. Употреблением ПАВ для достижения психофизиологического комфорта
5. Неспецифическими вегетативными реакциями

А3.

363. Опынение от ПАВ (острая интоксикация) характеризуется (укажите неверный ответ):

1. Острой психотической реакции на прием ПАВ
2. Выраженным нарушением сознания
3. Характерными нарушениями когнитивных функций
4. Возникновением на достаточно высокую дозу ПАВ
5. Характерными для данного вида ПАВ аффективными и поведенческими расстройствами

А4.

364. Для измененной формы опьянения свойственно этапное (укажите неверный ответ):

1. Повышение дозы ПАВ для достижения прежнего комфорта
2. Нарастание соматовегетативного компонента интоксикации
3. Невозможность достижения эйфории даже при максимальных дозах ПАВ
4. Постепенное исчезновение стимулирующего эффекта ПАВ
5. Возможная амнезия интоксикации

А3.

365. Патологическое опьянение сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Пароксизмальным помрачением сознания
2. Агрессивным поведением
3. Бессмысленной жестокостью
4. Возникновением на чрезмерно высокие дозы ПАВ
5. Амнезией

А4.

366. Обсессивное влечение к ПАВ характеризуется следующим, за исключением (укажите):

1. Труднопреодолимым психическим стремлением к приему наркотика
2. Отсутствию борьбы мотивов и критичности к влечению
3. Постоянными мыслями о наркотике и манипуляциях с ним
4. Соответствующий эмоциональный фон настроения при наличии или отсутствии ПАВ
5. Обострение влечения неприятными соматическими ощущениями

A4.

367. Компульсивное влечение к наркотикам проявляется в следующем, за исключением (укажите):

1. Труднопреодолимым стремлением к наркотизации
2. Способностью полностью поглощать сознание больного
3. Опосредованным фоном настроения и целенаправленным поведением
4. Значительной интенсивностью физического влечения с подавлением витальных влечений
5. Подавлением контроля и конкурентных поведенческих мотивов

A4.

368. Синдром измененной реактивности на длительное употребление ПАВ включает симптомы (укажите неверный ответ):

1. Исчезновение защитных знаков
2. Изменение толерантности
3. Абстиненции
4. Изменение формы потребления наркотика
5. Изменение формы опьянения

A2.

369. К диагностическим критериям синдрома наркотической зависимости относят следующие, за исключением (укажите):

1. Сильное obsessive и compulsive влечение к ПАВ
2. Нарушение способности контролировать прием ПАВ
3. Продолжение приема ПАВ, несмотря на очевидные расстройства здоровья
4. Синдром отмены
5. Снижение толерантности

A4.

370. Синдром отмены ПАВ характеризуется (укажите неверный ответ):

1. Отражением психической зависимости
2. Психическим напряжением
3. Эмоциональными расстройствами гипотимического типа
4. Соматовегетативными расстройствами
5. Отражением физической зависимости

A3.

371. Для психотических расстройств при хронической интоксикации ПАВ характерно (укажите неверный ответ):

1. Возникновение на высоте опьянения
2. Формирование галлюцинаций и бреда

3. Протекание с нарушениями сознания
4. Возникновение в период абстиненции
5. Ограничение длительности до 6 месяцев

A3.

372. Амнестический (корсаковский) синдром вследствие хронической интоксикации ПАВ проявляется (укажите неверный ответ):

1. Неспособностью больного к запоминанию
2. Грубым нарушением когнитивных функций
3. Сохранением сознания
4. Выпадением из памяти событий недавнего прошлого
5. Дезориентировкой во времени

A4.

373. Наиболее характерными для II стадии хронического алкоголизма являются (укажите неверный ответ):

1. Появление соматовегетативных нарушений
2. Максимальное нарастание толерантности
3. Непреодолимое обсессивное влечение к алкоголю
4. Утрата ситуационного контроля
5. Развитие синдрома отмены

A4.

374. Характерными для III стадии хронического алкоголизма являются (укажите неверный ответ):

1. Выраженные неврологические расстройства
2. Выраженный синдром отмены
3. Интеллектуально-мнестические нарушения
4. Максимальное нарастание толерантности
5. Алкогольные психозы

A5.

375. Синдром отмены алкоголя проявляется (укажите неверный ответ):

1. Эпилептиформными припадками
2. Аффективными гипотимическими расстройствами
3. Зрительными и тактильными галлюцинациями
4. Нарушением сознания в форме делирия и аменции
5. Аутопсихической дезориентировкой

A4.

376. Алкогольные галлюцинозы проявляются (укажите неверный ответ):

1. Непароксизмальным помрачением сознания
2. Яркими зрительными галлюцинациями
3. Стойкими слуховыми обвиняющими галлюцинациями
4. Отсутствием критики к галлюцинаторным переживаниям
5. Поведением, обусловленным содержанием галлюцинаций

A4.

377. Для алкогольного амнестического синдрома характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Нарушение памяти на текущие события
2. Невозможность запоминания и воспроизведения информации
3. Аутопсихическая дезориентировка
4. Конфабуляции
5. Сочетание с полиневропатией

A5.

378. Характерными проявлениями интоксикации опиатами являются (укажите неверный ответ):

1. Психомоторная заторможенность
2. Брадикардия
3. Сухость и зуд кожи
4. Замедление дыхания
5. Амнезия

A3.

379. Состояние отмены опиатов сопровождается симптомами (укажите неверный ответ):

1. Тупыми болями в мышцах, особенно жевательных
2. Тремором
3. Сухостью кожи и слизистых
4. Слезотечением
5. Расширением зрачков

A3.

380. Интоксикация каннабиоидов проявляется (укажите неверный ответ):

1. Эйфорией
2. Повышенным восприятием окружающего

3. Беспорядочным поведением
4. Тахикардией
5. Кожно-мышечными гиперестезиями

A2.

381. Явления отмены каннабиоидов проявляются (укажите неверный ответ):

1. Психомоторным возбуждением
2. Сенестопатией
3. Болями в мышцах и тремором
4. Нарушением сна
5. Потливостью

A2.

382. Интоксикация снотворными и седативными средствами проявляется (укажите неверный ответ):

1. Нарушением двигательной координации
2. Смазанной речью
3. Сонливостью
4. Атакической походкой
5. Расторможенностью влечений

A3.

383. Для состояния отмены снотворных и седативных препаратов характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Тревожность
2. Боль в желудке и крупных суставах
3. Судороги
4. Сонливость
5. Потливость

A3.

384. Интоксикация на прием психостимуляторов проявляется (укажите неверный ответ):

1. Выраженной эйфорией
2. Тахикардией
3. Психомоторным возбуждением
4. Расторможенностью поведения
5. Снижением когнитивных функций

A4.

385. Синдром отмены психостимуляторов характеризуется следующими симптомами, за исключением (укажите):

1. Чрезмерное повышение активности
2. Повышенная утомляемость
3. Сонливость
4. Тревога
5. Депрессия

A4.

386. Для употребления психодизлептиков характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Возникновение ярких галлюцинаций
2. Острый бред
3. Нарушения сознания
4. Выраженный синдром отмены
5. Дерезализация

387. Для употребления ингилянтов характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Эйфория
2. Признаки энцефалопатии и гепатита
3. Выраженный синдром отмены
4. Атаксия
5. Зрительные галлюцинации

Тема 2.8. Мозг и психика: принципы системной динамической локализации высших психических функций, психомоторная регуляция

A4.

388. Функциональная асимметрия левого и правого полушария головного мозга проявляется (укажите неверный ответ):

1. Различием в локализации психомоторной функции
2. Индивидуальным профилем сочетаний функциональной асимметрии
3. Преимущественной сенсорной асимметрией
4. Самостоятельностью локализованных психических функций
5. Более эффективной психической деятельностью при большей асимметричности отдельных психических процессов

A4.

389. Левое полушарие головного мозга осуществляет преимущественную регуляцию следующих психических функций, за исключением (укажите):

1. Смысловое восприятие и воспроизведение речи
2. Целостное восприятие
3. Абстрактно-логическое мышление
4. Положительные эмоции
5. Самосознание

A3.

390. Правое полушарие головного мозга осуществляет преимущественную регуляцию следующих психических функций, за исключением (укажите):

1. Самосознание
2. Пространственно-зрительные способности
3. Интуиция
4. Целостное восприятие
5. Грубые движения рук

A5.

391. Какая нервно-психическая функция может осуществляться «неспециализированным» полушарием головного мозга (укажите неверный ответ):

1. Мышление
2. Музыкальная композиция
3. Самосознание
4. Грубые движения рук
5. Воспроизведение речи

A4.

392. Теория мозговой системной динамической локализации психических функций включает понятия (укажите неверный ответ):

1. Совместной интегративной деятельности различных мозговых структур
2. Блока регуляции тонуса активности головного мозга
3. Самостоятельности определенного звена функциональной системы
4. Регулирующей и контролирующей психическую деятельность структуры лобных долей головного мозга
5. Блока приема и переработки экстрацептивной информации в задних отделах полушарий головного мозга

A4.

393. Постцентральные (чувствительные) зоны коры головного мозга обеспечивают следующую моторную регуляцию (укажите неверный ответ):

1. Кинестическую афферентацию
2. Пространственную организацию движений
3. Проприоцептивную афферентацию движений
4. Точную адресацию двигательных импульсов к мышечным группам
5. Восприятие проприоцептивной эфферентации

A4.

394. Лобные отделы коры головного мозга обеспечивают следующую моторную регуляцию (укажите неверный ответ):

1. Сличение реального движения с исходной двигательной задачей
2. Смысловое содержание действий
3. Словесную регуляцию движений
4. Серийную организацию действий
5. Целесообразность двигательных действий

A2.

395. В построении и организации движений и действий человека выделяют следующие уровни (укажите неверный ответ):

1. Кортикальный
2. Пирамидно-стриальный
3. Смысловой
4. Талямопаллидарный
5. Руброспинальный

A3.

396. Талямопаллидарный уровень регуляции движений обеспечивает (укажите неверный ответ):

1. Координацию движений
2. Согласование составных частей целостного большого движения
3. Стереотипность и автоматичность движений
4. Выразительность движений
5. Мимику и пантомимику

A3.

397. Нарушение деятельности талямопаллидарного уровня регуляции движений сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Несогласованностью движений
2. Гиперкинезами

3. Обеднением интонации голоса
4. Ослаблением пластичности
5. Нарушением координации движений

A3.

398. Пирамидно-стриальный уровень регуляции движений обеспечивает (укажите неверный ответ):

1. Синергию автоматизированных движений
2. Своевременность и точность движений
3. Сенсорную коррекцию движений в пространстве
4. Целевой характер движений
5. Координацию движений в пространстве

A4.

399. Нарушение деятельности пирамидно-стриального уровня регуляции движений сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Параличами
2. Гиперкинезами
3. Несвоевременностью и неточностью движений
4. Атаксией
5. Нецелевым характером движений

A3.

400. Кортикальный уровень регуляции движений осуществляет (укажите неверный ответ):

1. Осмысленность действий
2. Выработку новых навыков действий
3. Четкое разграничение движений правой и левой сторон тела
4. Целенаправленность движений в пространстве
5. Разнообразность организации сложных действий в пространстве

A4.

401. Идеаторный уровень регуляции действий осуществляет (укажите неверный ответ):

1. Образно-мыслительные действия
2. Музыкальное исполнение
3. Право-левосторонние движения рук и ног
4. Письмо
5. Понимание речи

A3.

402. Нарушения кортикального уровня регуляции движений сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Апраксией
2. Утратой способности выработки новых сложных движений
3. Нарушением координированности движений правой и левой рук
4. Неспособностью смысловой организации движений
5. Целенаправленностью движений

A5.

403. Нарушения идеаторного уровня организации действий сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Апраксией
2. Утратой понимания чужой речи
3. Нарушением устного выражения своих мыслей
4. Утратой музыкального исполнения
5. Нарушением письма

Тема 2.9. Нейропсихологическая диагностика у больных с локальными поражениями головного мозга – синдромный анализ

A4.

404. Синдромный нейропсихологический анализ включает (укажите неверный ответ):

1. Обнаружение общего мозгового основания, объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов
2. Топологию локального поражения головного мозга
3. Качественную квалификацию нейропсихологических симптомов
4. Сопоставление первичных и вторичных нейропсихологических симптомов
5. Выявление сохранных высших психических функций

A2.

405. Нарушения высших психических функций при локальных поражениях головного мозга могут протекать в следующих формах, за исключением (укажите):

1. Полное выпадение мозгового фактора
2. Снижение уровня выполнения функций
3. Грубое расстройство целостного психического процесса
4. Патологическое усиление функции
5. Ослабление мозгового фактора

A3.

406. Задние отделы больших полушарий головного мозга осуществляют следующие функции (укажите неверный ответ):

1. Регуляция тонуса коры головного мозга
2. Гностические функции
3. Формирование модальных ощущений
4. Целостное восприятие
5. Интеллектуальной деятельности

A3.

407. Функциями передних отделов коры головного мозга являются следующие, за исключением (укажите):

1. Иннервация и регуляция элементарных движений
2. Регуляция автоматизированных движений
3. Управление движениями орально-речевого аппарата
4. Интеллектуальная деятельность
5. Регуляция и контроль поведения в целом

A2.

408. Для нейропсихологического синдрома агнозии характерно следующее (укажите неверный ответ):

1. Поражение задних отделов головного мозга
2. Нарушение функции анализатора
3. Невозможность узнавания и познания объекта
4. Нарушение слухового восприятия
5. Изменение или извращение тактильного восприятия

A4.

409. Для предметной зрительной агнозии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Нарушение распознавания контуров объекта
2. Распознавание объекта только при ощупывании
3. Нераспознавание наложенных друг на друга изображений
4. Поражение затылочных областей головного мозга
5. Натягивание на предметы при движении

A5.

410. Оптико-пространственная агнозия проявляется в следующем, за исключением (укажите):

1. Дезориентировкой в пространстве
2. Затруднением восприятия географической карты

3. Нарушением ориентировки в сторонах света
4. Невозможностью передачи в рисунках координационных признаков объекта
5. Нарушением лево-правосторонней ориентировки

A4.

411. Для зрительных агнозий характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Затруднение восприятия предмета в целом
2. Нарушение ориентации в пространственных признаках окружения и объектов
3. Поражение височно-теменных отделов коры головного мозга
4. Нарушение идентификации букв
5. Невозможность восприятия и распознавания реальных объектов или изображений

A4.

412. Для модально-специфического (зрительного) нарушения внимания характерно (укажите):

1. Нарушение контурного опознания объекта
2. Нарушение лево-правосторонней ориентировки
3. Утрата способности распознавать реальные изображения
4. Игнорирование левой части зрительного пространства
5. Утрата способности идентификации знаковых обозначений

A3.

413. Симультанная агнозия проявляется в следующем (укажите):

1. Потерей способности распознавания реальных изображений
2. Невозможностью одновременного восприятия нескольких зрительных объектов или ситуации в целом
3. Игнорированием левой части зрительного пространства
4. Трудностью называния предметов
5. Утрата ориентации в пространственных признаках окружающей среды

A4.

414. Символическая агнозия проявляется в следующем (укажите):

1. Нарушением копирования знаков
2. Утрата способности ориентации в пространственных признаках изображенных объектов
3. Затруднением узнавания предметов в целом
4. Нарушением идентификации знаковых обозначений
5. Трудностью припоминания и называния предметов

A3.

415. Оптико-мнестическая афазия проявляется в следующем (укажите):

1. Нарушением пространственной организации движений
2. Игнорированием левой части зрительного пространства
3. Трудностью называния предмета
4. Нарушением припоминания слов, обозначающих конкретные предметы
5. Непониманием устной речи

A3.

416. Речевая акустическая агнозия может проявляться в следующем, за исключением (укажите):

1. Неспособностью различения интонации речи
2. Вербигерацией экспрессивной речи
3. Неспособностью различения родного языка
4. Парафазией экспрессивной речи
5. Затруднением восприятия быстрой речи

A3.

417. Для слуховых агнозий характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Неспособность различий фонемы родного языка
2. Нарушение слухового анализатора
3. Формирование при поражении височных отделов головного мозга
4. Затруднение восприятия привычных звуков
5. Нарушение понимания речи

A5.

418. Слуховая агнозия проявляется в следующем (укажите):

1. Нарушением способности узнавать мелодии
2. Затруднение понимания речи в быстром темпе
3. Парафазии в экспрессивной речи
4. Непонимание устной речи
5. Нарушение припоминания слов, обозначающих конкретные предметы

A4.

419. Для акустико-мнестической афазии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Возникновение при поражении медиобазальных отделов коры правой височной области
2. Неспособность запоминания речевого материала
3. Непонимание устной речи

4. Нарушение слухоречевой памяти
5. Вербальные парафазии

A5.

420. Поражения медиобазальных отделов височной области головного мозга проявляются в следующем (укажите неверный ответ):

1. Нарушением кратковременной памяти
2. Дерезализацией
3. Слуховой агнозией
4. Депрессивными переживаниями
5. Двигательным беспокойством

A5.

421. Для поражения медиобазальных отделов коры правой височной доли характерны следующие эмоциональные нарушения, за исключением (укажите):

1. Пароксизмы эмоций с оттенками страдания
2. Возникновение галлюцинаций
3. Склонность к переживаниям с депрессивным оттенком
4. Депрессивно-тревожные переживания
5. Адекватность отношения к себе и окружающим

A5.

422. Поражения медиальных отделов височной области головного мозга сопровождаются (укажите неверный ответ):

1. Спутанностью сознания
2. Дегерсонализацией
3. Абсансами
4. Прозононными состояниями сознания
5. Аллопсихической дезориентировкой

A3.

423. Для тактильных агнозий характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Возникновение вследствие поражения вторичных и третичных полей теменной коры
2. Нарушение узнавания объектов на ощупь
3. Нарушение тактильных ощущений
4. Трудности распознавания частей тела
5. Тактильная алексия

A4.

424. Кинестическая апраксия проявляется (укажите неверный ответ):

1. Нарушением произвольных действий с предметами
2. Аграфией
3. Невозможностью показать совершения действия без конкретных предметов
4. Нарушением правильного воспроизведения различных поз рук
5. Параличами

A4.

425. Для конструктивной апраксии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Невозможность ориентации в собственной квартире
2. Трудности при рисовании планов
3. Нарушение произвольных действий с предметами
4. Возникновение при поражении зоны ТРО справа
5. Невозможность расстановки стрелок на часах без цифр

A4.

426. При поражении зоны ТРО коры головного мозга отмечаются следующие нарушения (укажите неверный ответ):

1. Конструктивная апраксия
2. Амнестическая афазия
3. Семантическая афазия
4. Аграфия
5. Алексия

A5.

427. Синдром кинетической апраксии при поражении верхних отделов премоторной области проявляется в следующем (укажите неверный ответ):

1. Дезавтоматизацией двигательных актов
2. Трудностью ориентации в знакомых маршрутах
3. Нарушением последовательности движений
4. Раздельным написанием букв
5. Двигательной персерверацией

A5.

428. Для синдрома динамической афазии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Возникновение при поражении нижних отделов премоторной зоны левого полушария

2. Дефект речевой инициативы
3. Сохранность понимания устной речи
4. Невозможность рассказа или сочинения на заданную тему
5. Затруднение артикуляции речевых звуков и слов

A5.

429. Дефицитарность психологических функций при поражении премоторных отделов коры головного мозга проявляется в следующем (укажите неверный ответ):

1. Нарушением динамической организации движений
2. Затруднением воспроизведения в обратном порядке закреплённой в памяти последовательности
3. Двигательной персервацией
4. Трудностью дифференцировки символов в зеркальном изображении
5. Исключением движений левой руки при одновременном выполнении движений двумя руками

A4.

430. Префронтальный конвекситальный (лобный) синдром проявляется (укажите неверный ответ):

1. Невозможностью произвольного выполнения сложных заданий
2. Эхопраксией
3. Эхолалией
4. Утрата речевой инициативы
5. Утратой произвольных действий с предметами

A4.

431. Поражение левой лобной доли префронтального отдела коры головного мозга сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Обилием речевой продукции с утратой содержания
2. Апраксией целевого действия
3. Нарушением двигательной реализации вербальной инструкции
4. Стереотипностью речевой продукции
5. Снижением речевой инициативы

A5.

432. Правополушарное поражение лобной доли префронтального отдела коры головного мозга сопровождается (укажите неверный ответ):

1. Расторможенностью речи
2. Эхопраксией
3. Обилием речевой продукции с утратой содержания

4. Нарушением целостной оценки ситуации
5. Дефектами образного мышления

A5.

433. Префронтальный базальный синдром характеризуется следующими проявлениями (укажите неверный ответ):

1. Отсутствием переживания своего заболевания
2. Обедненностью эмоций
3. Депрессивным переживанием с двигательным беспокойством
4. Благодушным настроением
5. Неадекватностью эмоций

A5.

434. Правополушарные локализации поражений базальных префронтальных отделов лобных долей головного мозга проявляются следующими симптомами (укажите неверный ответ):

1. Отсутствием целостного представления пациента о своем заболевании и его переживания
2. Расторженностью эмоционально-эффективной сферы
3. Благодушным характером настроения
4. Общим депрессивным фоном настроения
5. Неадекватностью эмоций

A4.

435. Для левополушарных локализаций поражений базальных префронтальных отделов лобных долей головного мозга наиболее характерен следующий симптом (укажите):

1. Расторженность эмоционально-эффекторной сферы
2. Отсутствием переживания своего заболевания
3. Благодушное настроение
4. Неадекватность эмоций
5. Общий депрессивный фон настроения

A5.

436. Локальные поражения медиальных префронтальных отделов лобных долей головного мозга характеризуются следующими проявлениями (укажите неверный ответ):

1. Конструктивная апраксия
2. Нарушение избирательности воспроизведения смыслового материала
3. Субъективная дезориентировка во времени
4. Аутопсихическая дезориентировка
5. Конфабуляции

A4.

437. Для нарушений сознания при правополушарном поражении медиальных префронтальных отделов лобных долей головного мозга характерны следующие симптомы (укажите неверный ответ):

1. Двойственность ориентировки в месте
2. Нарушение субъективных параметров времени
3. Аутопсихическая дезориентировка
4. Нелепые ответы по типу конфабуляций
5. Дезориентировка в конкретных датах, возрасте двоих детей и т.п.

438. Наиболее характерным проявлением левополушарного поражения медиального префронтального отдела лобных долей головного мозга является (укажите):

1. Двойственность ориентировки в месте
2. Нарушение субъективных параметров времени
3. Аутопсихическая дезориентировка
4. Нелепые ответы по типу конфабуляций
5. Дезориентировка в конкретных датах, возрасте двоих детей и т.п.

A5.

439. Правосторонние поражения медиального префронтального отдела лобных долей головного мозга сопровождаются следующими нарушениями памяти (укажите неверный ответ):

1. Выраженными конфабуляциями
2. Нарушением запоминания смыслового материала
3. Речевой расторможенностью
4. Амнезией источника запоминания
5. Расстройством избирательности воспроизведения временных параметров

A5.

440. Мнестический дефект при левополушарном поражении медиального префронтального отдела лобных долей головного мозга проявляется в следующем (укажите):

1. Выраженными конфабуляциями
2. Нарушением запоминания смыслового материала
3. Речевой расторможенностью
4. Амнезией источника запоминания
5. Расстройством избирательности воспроизведения временных параметров

Тема 1.1. Симптомы и виды патологии памяти

A4.

441. Гипермнезия характеризуется следующими проявлениями, за исключением (укажите):

1. Непроизвольным оживлением памяти
2. Гиперпродукцией экфории
3. Усилением произвольного воспроизведения
4. Вспоминанием малоактуальных в настоящем событий прошлого
5. Гипопродукцией фиксации

A2.

442. Симптом гипермнезии встречается в структуре следующих синдромов, за исключением (укажите):

1. Маниакальных
2. Гипнотического сна
3. Наркотизации психодизлептиками
4. Онейроидном
5. Депрессивных

A3.

443. Гипомнезия характеризуется следующими проявлениями (укажите неверный ответ):

1. Снижением способности фиксировать отдельные события и факты
2. Гипопродукцией ретенции
3. Анекфорией
4. Сохранением ассоциативной фиксации
5. Слабостью воспроизведения дат и терминов

A2.

444. Симптом гипомнезии встречается в структуре следующих синдромов, за исключением (укажите):

1. Большого наркоманического
2. Гипоманиакального
3. Невростенического
4. Психоорганических
5. Делириозного

A1.

445. К вариантам амнезий по отношению к периоду болезни относят следующие, за исключением (укажите):

1. Ретардированная
2. Антероретроградная

3. Конградная
4. Ретроградная
5. Антероградная

A1.

446. Ретроградная амнезия характеризуется выпадением из памяти воспоминаний (укажите):

1. Событий, следующих за острым периодом
2. Текущих событий острого периода
3. Событий до и после острого периода
4. Событий предшествующего периода острого этапа болезни
5. Текущих событий

A1.

447. Конградная амнезия характеризуется выпадением из памяти воспоминаний (укажите):

1. Событий, следующих за острым периодом
2. Текущих событий острого периода
3. Событий до и после острого периода
4. Событий предшествующего периода острого этапа болезни
5. Текущих событий

A1.

448. Антероградная амнезия характеризуется выпадением из памяти воспоминаний (укажите):

1. Событий, следующих за острым периодом
2. Текущих событий острого периода
3. Событий до и после острого периода
4. Событий предшествующего периода острого этапа болезни
5. Текущих событий

A3.

449. Ведущим симптомом в структуре Корсаковского синдрома является следующий вариант амнезии (укажите):

1. Фиксационная
2. Ретроградная
3. Регрессирующая
4. Конградная
5. Кататимная

A1.

450. По динамике различают следующие варианты амнезий (укажите неверный ответ):

1. Ретардированная
2. Ретроградная
3. Прогрессирующая
4. Стационарная
5. Регрессирующая

A3.

451. Прогрессирующая амнезия характеризуется следующими проявлениями (укажите неверный ответ):

1. Утратой памяти времени
2. Утратой памяти о текущих событиях
3. Длительным сохранением памяти содержания
4. Утратой воспоминаний о ранних периодах жизни
5. Длительным сохранением памяти праксиса

A2.

452. Прогрессирующая амнезия встречается в следующих синдромах , за исключением (укажите):

1. Параноидной шизофрении
2. Приобретенной деменции
3. Болезни Пика
4. Церебрального атеросклероза
5. Болезни Альцгеймера

A3.

453. Ретардированная амнезия характеризуется следующими проявлениями (укажите):

1. Утратой памяти о текущих событиях
2. Утратой памяти простейших навыков
3. Выпадение из памяти событий через некоторое время после острого периода болезни
4. Постепенным восстановлением памяти
5. Периодами смены нарушений памяти и ее восстановления

A2.

454. Кататимная амнезия характеризуется следующими проявлениями (укажите неверный ответ):

1. Вытеснением из памяти чрезвычайно аффективно насыщенных впечатлений сильного потрясения

2. Выпадением из памяти неприемлемых для личности аффективных впечатлений сильного потрясения
3. Выпадением из памяти крайне позитивных аффективных впечатлений сильного потрясения
4. Выпадением из памяти аффективно насыщенных неприемлемых для личности событий по времени сильного потрясения
5. Выпадением из памяти воспоминаний индефферентных событий времени сильного потрясения

A5.

455. Для псевдореминисценций характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Воспоминания замещают провалы памяти
2. Перенос реальных событий из настоящего в прошлое
3. Экмнезия
4. Перенос вымышленных событий в настоящий временной отрезок
5. Стабильность содержания перенесенных воспоминаний в повторном пересказе больного

A4.

456. Для криптомнезии характерно следующее, за исключением (укажите):

1. Фантастические события вспоминаются как действительные в жизни пациента
2. Увиденное во сне представляется как имевшее место в действительности
3. Реальные события жизни представляются как чужие
4. Услышанные факты представляются как реально произошедшие события в жизни больного
5. Отчуждение собственных воспоминаний другими лицами

A5.

457. Для эхомнезии характерно следующее (укажите):

1. Нереальные события в жизни пациента вспоминаются как действительные
2. Реальные воспоминаемые прошлые события в жизни больного замещают провалы в памяти
3. Реальные события в жизни вспоминаются пациентом как многократные
4. Воспоминаемые реальные события жизни представляются как чужие
5. Перенос вымышленных событий в настоящее время

A3.

458. Конфабуляции имеют следующие особенности (укажите неверный ответ):

1. Воспоминание реальных событий в извращенной форме
2. Заполнение провалов памяти большим событиями, не имевшими места в жизни
3. Патологическая убежденность в истинности ложных воспоминаний
4. Воспоминания нереальных событий нелепого содержания
5. Воспоминания большим фантастических событий в отдаленном периоде жизни

A5.

459. Для какой формы парамнезий характерны воспоминания больного о том, что он обладает несметными богатствами:

1. Галлюцинаторные воспоминания Кальбаума
2. Псевдоременисценция
3. Ассоциированные криптомнезии
4. Эхомнезии
5. Паралитические конфабуляции

A4.

460. В структуру какого синдрома входит симптом криптомнезии (укажите):

1. Прогрессирующей амнезии
2. Делириозного
3. Параноидного
4. Корсаковского
5. Аментивного

Учебное издание

Шевляков Виталий Васильевич

Медицинская психология

*Учебно-методический комплекс
для студентов специальности «Психология»*

3-е издание, переработанное и дополненное

Редакторы *З.Я. Губашина, А.Т. Глуценко*
Верстка *Е.В. Смалюк*

Подписано в печать 12.07.2010 г. Формат 60 x 84 ¹/₁₆.

Уч.- изд. л. 15,6. Усл. печ. л. 19,0.

Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс».

Заказ 92. Тираж 500 экз.

Изд-во Минского института управления
ЛИ № 02330/0150388 от 08.12.2008 г.
220102, г. Минск, ул. Лазо, 12.

Отпечатано в типографии МИУ
ЛП № 02330/0150461 от 25.02.2009 г.
220102, г. Минск, ул. Лазо, 16.